



Satisfação de utentes de Psicologia Clínica ou Psicoterapia e Bem-estar
subjetivo:

Construção do Questionário de Avaliação da Satisfação (ASPP)

Luísa Margarida Mendes de Figueiredo Miranda

Orientador de Dissertação e Coordenador de Seminário de Dissertação:

Nuno Torres

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Nuno Torres, apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na especialidade
Psicologia Clínica

Agradecimentos

Especialmente ao Dr. Nuno Torres, orientador da presente dissertação de mestrado, pela forma como me acompanhou, apoiou e incentivou, desde o primeiro momento até ao último minuto. Pela partilha de conhecimentos e raciocínios, pela sua disponibilidade incondicional e contribuição continua neste projeto a dois. E essencialmente pelo seu esforço não só profissional, mas também pessoal, para a melhoria, progresso, realização e finalização deste estudo de investigação.

A duas amigas psicólogas agradeço toda a disponibilidade pela facilitação na recolha de dados na Organização onde trabalham.

Aos 228 participantes que de forma espontânea aderiram à ideia subjacente a este estudo e deram voluntariamente o seu precioso contributo para que se tornasse possível a sua concretização.

Ao meu marido por ser um exemplo de trabalho e por ter sido um admirável pai e ao meu lindo filho pelo carinho que me dá e por ter sido um excelente filho. À Ana Pardal e à Sara Leitão por me darem a honra da sua genuína amizade, ao Rui pelo suporte emocional, ao Rúben Alves pelo café milagroso. E em especial à minha mãe, Otilia Mendes, pelo amor e apoio dado e ao Paulo Carvalho pela sua existência e suporte constante e incondicional, pois sem ele tudo teria sido muito mais difícil.

Resumo

No sentido de contribuir para o desenvolvimento da investigação na área da avaliação da Psicologia Clínica e Psicoterapia em Portugal, o presente estudo construiu e iniciou a validação de um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes, clientes e pacientes de Psicologia ou Psicoterapia (ASPP), assente num modelo tridimensional de avaliação da qualidade do serviço prestado em cuidados de saúde. Pretendeu também estudar: i) o nível de satisfação com a qualidade dos serviços de Psicologia Clínica e Psicoterapia, e a sua correlação com sintomas psicopatológicos e de funcionamento, e ii) a perceção que a população não clínica ou que nunca foi utente destes serviços têm das necessidades em recorrer a estes mesmos serviços.

Analisou-se a validade e fidelidade do instrumento criado, bem como a associação e influências entre variáveis sócio-demográficas e de consulta, e encontraram-se correlações entre satisfação pelo ASPP, e sintomas e funcionamento pelo CORE-OM.

Os resultados justificam a pertinência do potencial de desenvolvimento do instrumento (ASPP) para: i) avaliar o nível de satisfação dos utentes com a qualidade do serviço de Psicologia ou Psicoterapia; ii) avaliar o desempenho do clínico para melhoria da qualidade do próprio serviço; e iii) divulgar os resultados por interesse científico.

Palavras-chave: Avaliação, Satisfação, Utentes, Psicologia, Psicoterapia

Abstract

In order to contribute to the development of research in the evaluation field of Clinical Psychology and Psychotherapy in Portugal, the present study built and started the validation of an instrument whose aim is to assess the level of satisfaction of Psychology and Psychotherapy users, clients and patients (ASPP). This evaluation instrument was based on a three dimensional model of evaluation regarding the quality of services delivered in Health care.

The current study also aimed at studying i) the level of satisfaction with the quality of the Psychology and Psychotherapy services and their correlation with psychopathological and functioning symptoms; ii) the perception of the people who have never used these services of the need to resort to them.

The validity and fidelity of the evaluation instrument was tested as well as the association and influences between the socio-demographic variables and the consultation, and it was possible to find correlations between satisfaction with ASPP and symptoms and functioning by CORE-OM.

The results justify the relevance of the potential of the ASPP instrument to: i) assess the users' level of satisfaction with the quality of the Psychology and Psychotherapy services; ii) assess the professional's performance for the improvement of service quality; and iii) to disclose the results of scientific interest.

Keywords: Assessment, Satisfaction, Users, Psychology and Psychotherapy.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Instrumentos de Avaliação da Satisfação com o Serviço de Saúde em geral

Tabela 2 - Instrumentos de Avaliação da Satisfação com o Serviço de Saúde em Geral e Serviço de Saúde Mental

Tabela 3 - Relação entre as dimensões de caracterização e os itens do Questionário ICCPP

Tabela 4 - Dimensões teóricas dos itens do Questionário CORE-OM (adaptado de Sales, *et al.*, 2012)

Tabela 5 - Dimensões teóricas dos itens do Questionário ASPP

Tabela 6 - Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's Test of Sphericity

Tabela 7 - Variância da escala a três fatores

Tabela 8 - Verificação dos itens relativamente aos fatores

Tabela 9 - Alpha de Cronbach's referente à dimensão "satisfação com os resultados" (fator 1)

Tabela 10 - Alpha de Cronbach's Vs Correlação dos itens referente à dimensão "satisfação com os resultados" (fator 1) (Anexo F)

Tabela 11 - Alpha de Cronbach's referente à dimensão "satisfação com o processo" (fator 2)

Tabela 12 - Alpha de Cronbach's Vs Correlação dos itens referente à dimensão "satisfação com o processo" (fator 2) (Anexo G)

Tabela 13 - Alpha de Cronbach's referente à dimensão "satisfação com a estrutura" (fator 3)

Tabela 14 - Alpha de Cronbach's Vs Correlação dos itens referente à dimensão "satisfação com a estrutura" (fator 3) (Anexo H)

Tabela 15 - Correlações entre as escalas do ASPP

Tabela 16 - Alpha de Cronbach's referente ao resultado global da escala

Tabela 17 - Alpha de Cronbach's Vs Correlação dos itens referente ao resultado global da escala

Tabela 18 - Correlações entre a Satisfação com o Serviço (ASPP) e Níveis de bem-estar e Sintomatologia (CORE_OM)

Tabela 19 - Média dos Grupos nas três escalas do CORE-OM

Tabela 20 - Testes Post-Hoc da ANOVA entre Categorias de Participante e as três escalas do CORE-OM

Tabela 21 - Diferenças de Satisfação entre tipo de serviço Público e Privado

Tabela 22 - Correlações entre a Satisfação do Serviço (ASPP) e fatores periodicidade, duração da consulta e da intervenção

Tabela 23 - Diferenças de Satisfação entre os participantes que recomendariam ou não o serviço

Tabela 24 - Diferenças de Satisfação entre os participantes que recorreriam ou não ao mesmo serviço

Tabela 25 - Correlação entre os resultados da avaliação da Satisfação e a Idade (Anexo I)

Tabela 26 - Média dos Géneros nas escalas da Satisfação (Anexo J)

Tabela 27 - Teste da Homogeneidade (Anexo K)

Tabela 28 - ANOVA de diferenças de médias entre grupos (feminino e masculino)(Anexo L)

Tabela 29 - Comparação da amostra: quem nunca recorreu com quem já recorreu

Lista de Gráficos

Figura 1 - Média dos Grupos na escala “Distress Global” do CORE-OM

Figura 2 - Média dos Grupos na escala “Problemas/Sintomas” do CORE-OM

Figura 3 - Média dos Grupos na escala “Bem-estar” do CORE-OM

Lista de Abreviaturas e Siglas

ASPP – Questionário de Avaliação da Satisfação de utentes de Psicologia ou Psicoterapia

ICCPP – Instrumento de Caraterização e de Consulta em Psicologia ou Psicoterapia

CORE-OM - *Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure*

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Lista de Tabelas	vi
Lista de Figuras	viii
Lista de Abreviaturas e Siglas	ix

Introdução

A Crise e a Doença Mental.....	1
Uma outra visão da despesa com a Saúde Mental	2
Satisfação em Psicologia ou Psicoterapia: objetivo do estudo.....	2

1. Enquadramento Teórico

1.1 Avaliação da Satisfação do utente, cliente ou paciente em Psicologia ou Psicoterapia, com a Qualidade do Serviço: pertinência do estudo.....	5
1.2. A noção atual de Satisfação do utente	6
1.3. Definição dos conceitos: da Satisfação à Qualidade	8
1.4. Intervenção Psicológica: Satisfação e Aliança Terapêutica (Processo)	13
1.5. Intervenção Psicológica: Satisfação e Eficácia, Efetividade (Resultado).....	14
1.6. Medidas de Avaliação de Resultados	15
1.7. Intervenção Psicológica: A Importância da sua monitorização.....	18
1.8. Intervenção Psicológica: Satisfação e Investigação.....	19
1.9. Intervenção Psicológica: Satisfação e Instrumentos de Avaliação	22
1.10. Intervenção Psicológica: Limitações ao estudo da Satisfação.....	23
1.11. Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação: o Modelo escolhido.....	25
1.12. Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação: o Método escolhido.....	27
1.13. Avaliação da Satisfação em Geral e em Especificidade	28
1.14. Avaliação da Satisfação: O Instrumento e o que permite responder	28

2. Metodologia da Investigação	
2.1. Tipo de Estudo: Objetivo de Investigação	29
2.2. Hipóteses de Investigação	29
2.3. Participantes	30
2.4. Material: Instrumentos de Recolha de Dados	33
2.4.1. Primeiro Questionário: Instrumento de Caraterização e de Consulta em Psicologia ou Psicoterapia (ICCPP)	32
2.4.2. Segundo Questionário: Clinical Outcome Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM).....	35
2.4.3. Terceiro Questionário: Avaliação da Satisfação de utentes em Psicologia ou Psicoterapia (ASPP)	37
2.5. Procedimentos: Recolha de Dados	39
2.5.1. Delineamento: O Momento da Avaliação	39
2.5.1.1. Primeiro Passo: Realização do Pré-teste	39
2.5.1.2. Segundo Passo: Aplicação da Tríade Instrumental à População Alvo	40
2.5.1.2.1. Aplicação: Via email	41
2.5.1.2.2. Aplicação: Pessoalmente.	41
2.5.1.3. Terceiro Passo: Introdução de Dados e Testes estatísticos	41
3. Resultados	
3.1. Avaliação das Propriedades Psicométricas do Questionário ASPP.....	42
3.1.1. Medição da Fidedignidade e Validade do ASPP.....	42
3.1.2. Variância da Escala.....	43
3.1.3. Fidelidade e Consistência Interna das Escalas	45
3.1.4. Correlação entre as Escalas do ASPP	46
3.2. Correlações entre a Satisfação com o Serviço (ASPP) e os níveis de bem-estar subjetivo e sintomatologia (CORE-OM)	47
3.3. Análise das Hipóteses de Investigação	48
3.3.1. Hipótese 1 (H1)	48

3.3.2. Hipótese 2 (H2)	53
3.3.3. Hipótese 3 (H3)	54
3.3.4. Hipótese 4 (H4)	55
3.3.5. A percepção dos participantes da necessidade em recorrer a Psicologia ou Psicoterapia	55
3.3.6. Algumas considerações pessoais deixadas no espaço em aberto no final do CORE-OM e do ASPP	57
4. Discussão	58
4.1. Primeira Hipótese (H1)	59
4.2. Segunda Hipótese (H2)	59
4.3. Terceira Hipótese (H3)	60
4.4. Quarta Hipótese (H4)	61
4.5. Análise de outros resultados	62
5. Conclusão e Reflexão final	
5.1. Limitações e sugestões para outras investigações	63
5.2. Dez ideias relevantes	64
5.3. Reflexões finais	65
Referências Bibliográficas.....	67

Anexos:

Anexo A: Instrumento de Caracterização e de Consulta em Psicologia ou Psicoterapia (ICCPP)	77
Anexo B: Clinical Outcome Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM).....	79
Anexo C: Avaliação da Satisfação de utentes em Psicologia ou Psicoterapia (ASPP)	81
Anexo D: Instruções para resposta por email	83
Anexo E: Instruções para resposta presencial	85
Anexo F: Tabela 10	87
Anexo G: Tabela 12	89
Anexo H: Tabela 14.....	91
Anexo I: Tabela 25.....	93
Anexo J: Tabela 26.....	95
Anexo K: Tabela 27.....	97
Anexo L: Tabela 28.....	99

Introdução

A Crise e a Doença Mental

A prevalência das doenças mentais em Portugal é já a mais alta da Europa (Estudo Epidemiológico Nacional cited in Furtado, Ribeirinho & Gaspar, 2010), pois a “crise agrava os problemas de saúde mental e de dependências” (OPSS, 2012), aumentando assim o risco de doença mental com o crescente endividamento das famílias (Khang, Lynch & Kaplan, 2005) e o grau de desigualdades em termos sociais, como refere um estudo internacional promovido pela OMS e coordenado por Ronald Kessler, da Universidade Harvard, nos Estados Unidos (Andrade, Wang, Andreoni, Silveira, Alexandrino-Silva, Siu, Nishimura, Anthony, Gattaz, Kessler & Viana, 2012). Assim, Portugal atravessa presentemente uma fase em que a necessidade dos serviços em cuidados de saúde mental tende a subir.

Investigação internacional demonstra a importância da intervenção psicológica e psicoterapêutica que através da sua efetividade diminui o sofrimento psicológico e emocional, minimizando um conjunto de consequências sociais e económicas, otimizando custos. Pois a despesa com a intervenção psicológica na depressão e ansiedade é baixa em comparação à poupança conseguida, permitindo pagar a intervenção psicológica e ainda obter ganhos (Layard, 2006), ao nível de custos diretos (*e.g.*: consultas e medicação) e indiretos (*e.g.*: redução de absentismo, aumento da produtividade, redução dos encargos do estado com benefícios fiscais associados à doença), resultando num ganho a curto e médio prazo (Carlson & Bultz, 2003; Hunsley, 2002b).

Os estudos internacionais demonstram que a intervenção psicológica e psicoterapêutica apresenta o melhor resultado em termos de custo-efetividade, pois apresenta despesas inferiores face à terapêutica medicamentosa, que revela taxas mais elevadas de abandono que o acompanhamento psicológico ou psicoterapêutico (Hunsley, 2002a), acabando assim por colocar em causa a sua eficácia, resultando em custos indiretos (*e.g.*: absentismo, baixas por doença mental, internamento). Mas estes resultados não são eficazmente transmitidos e falha uma educação geral no âmbito da saúde mental, pois um estudo internacional revela que 8% das pessoas com depressão vão a consultas de psiquiatria e apenas 3% recebe acompanhamento psicológico ou psicoterapêutico, sendo que a grande maioria é somente acompanhada pelo médico de família (Layard, 2005).

Uma outra visão da despesa com a Saúde Mental

A investigação nos serviços de saúde mental cresceu, nomeadamente na satisfação dos utentes (Carscaddon, George & Wells, 1990, Holcomb, Adams, Ponder & Reitz, 1989, cited in Rey, Plapp, & Simpson, 1999, p. 22) que atualmente é um método muito comum de avaliação e justificação de um serviço (Lambert & Ogles, 2004, cited in Lunnen, Ogles & Pappas, 2008, p. 145), na reorganização e otimização de recursos. No entanto a maioria dos estudos na área da satisfação em saúde debruça-se sobre os serviços de saúde física (Rey, Plapp & Simpson, 1999).

Nos Estados Unidos, o estudo da satisfação do utente, surgiu como um determinante da viabilidade das Organizações de Saúde, inserido numa estratégia de publicidade, o que acabou por proporcionar um ambiente competitivo (Martins, 2009). Com uma política de administração análoga em Portugal, não só beneficiariam os utentes, pois funcionaria como um garante da busca pela primazia da qualidade do serviço, como as próprias Organizações de Saúde, na medida em que a satisfação do utente é considerada uma consequência da utilização dos serviços, e esta variável é um fator determinante no comportamento dos utentes, em recorrer novamente ao mesmo serviço (Franco & Florentim, 2006).

Satisfação em Psicologia ou Psicoterapia: objetivo do estudo

Na prática clínica privada é mais usual o termo cliente ou paciente dependendo da abordagem da intervenção, o termo utente encontra-se mais no setor público. Também em investigação se encontra muito o termo ‘patient satisfaction’ que é largamente usado, mas raramente definido e quase nunca examinado teoricamente (Locker & Dunt, 1978, cited in Fitzpatrick, 1993, p.1). Ao longo deste trabalho, decidiu-se fazer referência a utente e não a cliente ou paciente, pelo facto da noção de utente ser tendencialmente mais generalista, permitindo abranger todos os sujeitos que utilizem o serviço de Psicologia Clínica ou Psicoterapia - a nível privado ou público – sejam eles vistos como clientes ou pacientes (Dinsdale, Manson, Schemidt & Strickland, 2000), pelo psicólogo ou psicoterapeuta.

É unânime que a consulta, entre o utente e o clínico, seja o espaço e o processo, centro de toda a prática clínica, mas é polémica a ideia de que as atitudes e crenças em relação à saúde e à doença, a perceção do utente sobre o seu papel e o do profissional de saúde, no processo de prestação de cuidados, seja fundamental. Estudos mostram o quão importante são as representações cognitivas que os utentes constroem acerca dos profissionais de saúde para

a compreensão dos seus comportamentos face ao processo de saúde e de doença (Conner & Norman, 1995). Pois é natural que ao longo de vários contatos que o utente vai tendo com o profissional de saúde construa um conjunto de atitudes relativamente ao clínico, consoante a avaliação pessoal que vai fazendo dos contatos e resultados daí derivados (Bishop, 1994; Marteu, 1990), que acabam por condicionar a interação inerente à consulta e tendo efeitos na adesão à intervenção e na satisfação com o serviço de saúde. Revelando-se assim o nível de satisfação como um aspeto primordial da qualidade dos cuidados, diretamente relacionada com a eficácia dos mesmos.

O investigador pode querer aceder à perceção que os utentes têm acerca das diferentes intervenções terapêuticas ou aumentar a adesão dos utentes às intervenções (Stallard, 1996), querer produzir um relato positivo no sentido de validar a prestação de cuidados de saúde mental e assim conseguir manter o “status quo”, ou ainda querer avaliar o desempenho dos prestadores de cuidados de saúde mental, mudar os procedimentos ou processos na prestação de cuidados de saúde ou simplesmente melhorar aspetos estruturais na prestação de cuidados.

No presente estudo: i) a mensuração da perceção das necessidades da população não clínica em recorrer à consulta de psicologia ou psicoterapia; ii) a criação de um instrumento de avaliação da satisfação do utente, cliente ou paciente em psicologia ou psicoterapia; e iii) a utilização desse mesmo instrumento no sentido de avaliar a satisfação dos utentes da psicologia ou psicoterapia em Portugal, nasce do interesse em cumprir três dos objetivos acima referenciados: i) aceder à perceção que os utentes têm da prestação deste serviço em Portugal; ii) produzir um relato positivo de forma a validar os serviços em estudo, desmistificando “a ida ao psicólogo”; e iii) assim aumentar a adesão dos utentes a estas intervenções ou simplesmente aculturá-las na nossa sociedade, cumprindo assim o objetivo máximo referido na introdução deste trabalho, a melhoria da eficácia - e a sua divulgação - de um serviço de psicologia ou psicoterapia em Portugal. Estudar a satisfação do utente com o serviço de saúde permite avaliar a qualidade dos cuidados prestados, promovendo mudanças nas políticas organizacionais, administrativas e outras, pois o utente tem competência para avaliar o sistema e assim intervir, de forma indireta, no processo de mudança.

Neste estudo, a avaliação da qualidade da intervenção psicológica ou psicoterapêutica é vista como um ganho secundário, porque a preocupação fundamental é conhecer e divulgar: i) a perceção das necessidades dos participantes em recorrer aos serviços de Psicologia ou Psicoterapia; e o ii) o nível de satisfação com o serviço, de quem já recorreu, a nível nacional.

Conhecer e compreender os fatores que influenciam a satisfação com a prática clínica em Psicologia ou Psicoterapia permite proporcionar um serviço mais eficaz e aceite, e consequentemente mais procurado. É este o objetivo último deste trabalho, promover a Psicologia e a Psicoterapia em Portugal, divulgando as reais necessidades da população em recorrer a este serviço, ainda que por algum motivo não o tenham feito, e demonstrando o nível de satisfação de quem já o utilizou.

Na fundamentação teórica são abordadas algumas definições, teorias e modelos importantes para a compreensão e realização do presente estudo. É feito um enquadramento do conceito de satisfação num leque de diferentes estratégias e medidas que garantam melhor qualidade nos serviços e explicada a pertinência do estudo. É dado um enfoque especial a um modelo que visa avaliar a qualidade dos serviços de saúde (Donabedian, 1988), no qual é assente a construção de um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes de Psicologia ou Psicoterapia com a qualidade do serviço, portanto poder-se-á dizer que se pretende apurar o nível de qualidade percebida ou percecionada.

Em paralelo foi construído um questionário sócio-demográfico e de consulta (ICCPP) que acompanha o instrumento de avaliação da satisfação (ASPP) com outro que visa medir o bem-estar subjetivo ao nível de sintomatologia e funcionamento (CORE-OM). Esta tríade foi entregue a 12 sujeitos para fins de pré-teste e após a análise informal dos resultados foram reformulados alguns itens, resultando a versão final do questionário de avaliação da satisfação de utentes, clientes e pacientes em Psicologia ou Psicoterapia (ASPP), em Portugal.

Os dados foram obtidos através do ASPP (Avaliação da Satisfação em Psicologia ou Psicoterapia), de um questionário sócio-demográfico e de consulta construído para este estudo (ICCPP – Instrumento de Caracterização e de Consulta em Psicologia ou Psicoterapia) e do CORE-OM (Evans, Mellor-Clark, Margison, Barkham, McGrath, Connell & Audin, 2000, versão portuguesa Sales, Moleiro, Evans & Alves, 2012), tendo sido aplicado a um total de 228 sujeitos, residentes em Portugal, em dois grupos (por email e presencialmente).

Nos resultados encontra-se a análise da validade e fidedignidade do questionário criado, bem como a caracterização da amostra do estudo e respetivas associações e correlações entre fatores.

Na discussão é feita uma interpretação dos resultados e da sua aplicabilidade. Na conclusão, referenciadas as limitações deste estudo e deixadas algumas reflexões para futuras investigações.

Enquadramento Teórico

Avaliação da Satisfação do utente, cliente ou paciente em Psicologia ou Psicoterapia, com a Qualidade do Serviço: pertinência do estudo

A satisfação é já uma dimensão muito utilizada nas Organizações pelos Departamentos Comerciais nos vários setores de mercado, sendo usada habitualmente como medida de qualidade dos serviços prestados. Mas pode e deve-se adequar nos mesmos moldes à área da saúde, ainda que o próprio conceito apresente alguns problemas de conceptualização e de metodologia (Lin, 1996, cited in Gerkenmeyer & Austin, 2005, p. 62), podendo ser definido de formas muito diferentes nos vários estudos (Gerkenmeyer & Austin, 2005) e ainda falhar na diferenciação entre variáveis dos utentes e a natureza da intervenção que estes receberam, ainda que as intervenções sejam satisfatórias para os utentes (Lebow, 1982). Estudos mostram que as avaliações gerais de satisfação parecem camuflar diferentes níveis de satisfação com aspetos específicos dos cuidados, sem fornecer sugestões para uma melhoria (Vuori, 1991, cited in Magnusson, Garrett & Sundelin, 2000, p. 236).

Na investigação internacional encontra-se uma panóplia de estudos que visam avaliar a intervenção psicológica e psicoterapêutica, fazendo-o na sua maioria com base em estudos de eficácia e de efetividade, que avaliam o resultado da intervenção. Mais recentemente, fazem-no através do estudo do processo que se interessa por perceber como ocorrem as mudanças no decorrer da intervenção. Mas o facto é que se debruçam, mais que em Portugal, sobre esta matéria, criando e desenvolvendo investigação nesta área. A razão pela qual esta temática é do interesse dos investigadores, deve-se ao facto de que na avaliação da intervenção psicológica e psicoterapêutica, a satisfação dos utentes constitui um dos parâmetros a considerar na avaliação da qualidade nos cuidados de saúde (Laffel & Berwick, 1992; Rethans, Westin & Hays, 1996), que determina, entre outros fatores, a eficácia dos serviços do ponto de vista do utente (Fortuna, Amado, Mota, Lima & Pinto, 2001), e um utente satisfeito tende a utilizar mais frequentemente o serviço (Westaway, Rheeder, Van Zyl & Seager, 2003). Assim, proporcionar satisfação ao utente é um requisito fundamental para o sucesso clínico, sendo uma importante fonte de informação, que funciona como um método válido para identificar melhorias de qualidade no serviço de saúde (Morgan, 1999, cited in Fortuna, Amado, Mota & Lima, 2001, p. 57).

A satisfação do utente e a qualidade do serviço são objetivos fundamentais em muitas Organizações modernas (Vinagre & Neves, 2008), que se interessam pela satisfação dos utentes com o serviço (Turris, 2005), por a satisfação se ter vindo a afirmar como uma área a ter em conta na avaliação e garantia da qualidade dos serviços (Ferreira, 2000; Larsson & Larsson, 2009). A satisfação do utente é assim vista como um indicador da qualidade (Mendonça & Guerra, 2007), que serve de medida para se verificar o desempenho global da Organização, em relação às expectativas do utente (Anderson, Fornell & Lehman, 1992) e às suas perceções. Dois conceitos estudados pela Psicologia, que funcionam como antecedentes da satisfação (Johnson & Fornell, 1991).

A não valorização da opinião do utente, ainda que subjetiva, ignora o motivo pelo e para o qual o serviço existe, o utente. Assim, a opinião dos utentes deve ser tomada em consideração, sendo indispensável para a monitorização da qualidade nos serviços de saúde, para a identificação de problemas, e na própria reorganização dos serviços, incluindo a criação de novas expectativas em relação aos cuidados (Pereira, Araújo-Soares & McIntyre, 2001). Fitzpatrick justifica a relevância da opinião dos utentes com três motivos: i) há alguma evidência que mostra que a satisfação do utente pode ser um resultado importante; ii) a satisfação do utente pode ser usada para avaliar padrões de comunicação; e iii) o *feedback* pode formar a base para proporcionar e organizar serviços de saúde alternativos (Fitzpatrick, 1991, cited in Stallard, Hudson & Davis, 1992, p. 291). Ainda, estudos demonstram que os utentes satisfeitos têm uma maior adesão à intervenção (Ferreira, 2000; Rashid, Forman, Jagger & Mann, 1989; Hjortdahl & Laerum, 1992; Horne, Hankins & Jenkins, 2001), diminuindo assim a probabilidade de abandono (Melo, 2005), garantindo a adesão terapêutica (McIntyre, Pereira, Silva, Fernandes & Correia, 1999) e aumentando a probabilidade de vir a ter resultados favoráveis, garantindo a eficácia da intervenção e a sua qualidade.

A noção atual de Satisfação do utente

Satisfação do utente é um termo atualmente bastante difundido e utilizado em várias setores de mercado, embora nem sempre com a mesma conotação ou abrangência. E como mostra a literatura, a qualidade do serviço é um construto, relacionado, mas separado da satisfação com o serviço. Pelo que a satisfação do utente acaba por ser muitas vezes considerada como um *input* na qualidade dos serviços de saúde.

A satisfação do utente é um conceito multidimensional (Fitzpatrick, 1993), sendo que os utentes têm diferentes pontos de vista sobre diversos aspetos dos cuidados de saúde recebidos, tais como o comportamento e as competências técnicas do profissional de saúde em relação a eles, a informação fornecida, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde. Este construto, a satisfação, é percebido como um dos indicadores da qualidade dos serviços de saúde, como os resultados da intervenção, a aceitabilidade social (expressão alternativa para satisfação do utente), a eficiência económica, (Doll, 1973, cited in Fitzpatrick, 1993, p. 1), a acessibilidade, a relevância da necessidade, a eficácia e a equidade, (Maxwell, 1984, cited in Fitzpatrick, 1993, p. 1) são indicadores dessa mesma qualidade. Sendo a própria qualidade também um conceito multidimensional, onde contribuem múltiplos fatores (Pisco, 2001) todos eles interdependentes, que interagem entre si, tendo cada um, peso na mensuração da satisfação e insatisfação dos utentes (Westaway, et al, 2003) e permitindo assim que a satisfação dos utentes seja considerada um factor importante na monitorização da qualidade nos cuidados de saúde (Shaw, 1986, Vuori, 1987, Williams, 1994, cited in Vaitsman & Andrade, 2005, p. 601) e no nível de satisfação em relação a esse mesmo serviço (Pego, 1998, cited in Franco & Florentin, 2006, p. 21).

Um sistema de medida não deve avaliar a satisfação dos utentes *per si*, a investigação nesta área deve ser um contributo para a definição de áreas de melhoria da qualidade dos serviços, funcionando a satisfação como um indicador de qualidade. Fazendo assim todo o sentido criar um instrumento que avalie a satisfação do utente, assente nas dimensões que definem a qualidade do serviço, por serem claras e concretas e permitirem uma leitura igualmente objetiva. Mesmo porque existe uma grande relação entre as perceções dos utentes quanto aos serviços de saúde de qualidade e o seu nível de satisfação (Gasquet, 2000, cited in Alves, 2007, p. 50), estando a satisfação correlacionada com a adesão terapêutica, a continuidade dos cuidados e a melhoria do estado de saúde, tal como é percecionada pelo utente (Cleary & McNeil, 1988; McIntyre, et al, 1999), todos estes fatores contribuem não só para a satisfação, bem como acabam por resultar em parâmetros de medição da própria qualidade do serviço, demonstrando assim a complementaridade entre estes dois construtos.

O investigador pode querer aceder à perceção que os utentes têm acerca das diferentes intervenções terapêuticas ou aumentar a adesão dos utentes às intervenções (Stallard, 1996), querer produzir um relato positivo no sentido de validar a prestação de cuidados de saúde mental e assim conseguir manter o *status quo*, ou ainda querer avaliar o desempenho dos

profissionais de saúde mental, mudar os procedimentos ou processos na prestação de cuidados de saúde ou simplesmente melhorar aspetos estruturais da prestação de cuidados.

As investigação noutras áreas - que não a da saúde - mostram que um serviço prestado em que um utente dispõe de várias alternativas de mercado - que é o caso - 65% a 90% dos utentes insatisfeitos não regressam e ainda se preocupam em informar entre 15 a 25 amigos ou familiares para que não procurem aquele serviço. A má reputação leva à perda de utentes e à dificuldade em recuperá-los (Ovretveit, 1992). Mas a literatura também mostra que os utentes confiam fundamentalmente em conselhos informais dos seus amigos ou familiares para a escolha do profissional de saúde, possivelmente porque a informação obtida é muito detalhada e a origem dessa informação é facilmente avaliada (Cleary & Edgman-Levitan, 1997). Constatá-se assim que a publicidade de boca-a-boca (Silverman, 2001) é um dos tipos mais credíveis de publicidade, porque quem o faz não o faz com o intuito de ganhar dinheiro e coloca a sua reputação em risco ao recomendar um serviço, sendo por isso uma forma de divulgação gratuita e eficaz de um serviço. Acrescer, a divulgação do mesmo vem garantir a sua notoriedade e até prosperidade, pois a literatura mostra que existe uma relação entre a qualidade dos serviços e a satisfação dos utentes, e a vontade de voltar ao mesmo serviço ou de recomendar a um amigo ou familiar (Brandley, Trainor & Thomas, 1999), pois influencia a intenção do utente em voltar (Lee & Yom, 2006), caso necessite.

Definição dos Conceitos: da Satisfação à Qualidade

A satisfação do utente pode ser vista apenas como um fenómeno pós-experiência que reflete o quanto o utente gostou ou desgostou do serviço (Woodside, Frey & Daly, 1989, cited in Verma & Sobti, 2002, p.124), vista como uma forma especial de atitude face à utilização do serviço, que se traduz em ter ou não gostado (Taylor, 1994, cited in Sepúlveda, 1998, p. 37; Larsson & Larsson, 2009), estando por base uma avaliação cognitiva e uma reação emocional aos cuidados de saúde e são muitas as dimensões a avaliar, passíveis de gerar satisfação ou insatisfação aos utentes.

Na literatura este construto é visto como a extensão em que o tratamento gratifica os desejos e pedidos do utente (Lebow, 1982); compreendido através da reação dos utentes aos cuidados de saúde a aspetos salientes do contexto, processo e resultados da sua experiência (Pascoe, 1983, cited in Riley, Stromberg & Clark, 2005, p. 87) numa combinação dos seguintes elementos: i) um ideal de serviço; ii) a noção de serviço merecido; iii) uma média

da experiência passada em situação similar; e iv) um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviço a alcançar para ser aceitável (Pascoe, 1983). Entendido também como o grau de correspondência entre as expectativas dos utentes de cuidados de saúde acerca da assistência recebida e os cuidados realmente recebidos (Greeneich & Long, 1993, cited in Magnusson, Garrett & Sundelin, 2000, p. 232), ou seja o resultado das diferenças entre a expectativa do utente em relação aos cuidados e a perceção dos cuidados realmente recebidos (Pereira, Araújo-Soares & McIntyre, 2001); considerado como uma avaliação positiva de dimensões distintas dos cuidados de saúde, não podendo ser objetiva por a sua avaliação ser limitada pela sua natureza subjetiva e assim, podendo somente ser vista de forma relativa, como expressão de uma atitude de avaliação positiva em relação aos cuidados de saúde (Linder-Pelz, 1982, cited in Magnusson, Garrett & Sundelin, 2000, p. 232) por parte dos seus utentes, sem nomear as dimensões influenciadoras dessa mesma satisfação (Linder-Pelz, 1982); e pode ainda ser vista como qualidade do serviço (Ovretveit, 1992; Donabedian, 1980, cited in Gill & White, 2009, p. 10).

Na literatura, o conceito satisfação encontra-se normalmente agrupado em cinco, dos sete modelos teóricos a seguir discriminados:

1. A Teoria da Atitude, em que a satisfação é entendida como uma atitude, refletida numa avaliação positiva ou negativa feita pelo utente relativa a um determinado aspeto do serviço. Exemplo: Teoria do Valor-Expectativa de Linder-Pelz (1982, cited in Esperidião, 2006, p. 1269).

2. A Teoria da Discrepância - a mais utilizada na investigação - em que a satisfação é entendida como a diferença entre as expectativas e a perceção da experiência (eg: Linder-Pelz, 1982, Carr-Hill, 1992, Williams, 1994, Sitzia & Wood, 1997, Fox & Storms, 1981, cited in Esperidião, 2006, p. 1269).

3. A Teoria da Equidade, em que a satisfação é entendida como a diferença entre ganhos e perdas individuais, comparando o serviço recebido com o de outros utentes, através de indicadores de equidade (Linder-Pelz, 1982, Williams, 1994, Souza, 1997, cited in cited in Esperidião, 2006, p. 1269).

4. A Teoria da Realização (Linder-Pelz, 1982, Fitzpatrick & Hopkins, 1983, Williams, 1994, Fox & Storms, 1981, cited in Esperidião, 2006, p. 1269), em que a satisfação é entendida como a diferença entre o que é desejado ou esperado e o que é obtido com o serviço, em que é alvo de crítica por não contemplar o fator experiência na equação. Esta

Teoria divide-se em duas: i) a da realização das expetativas ou confirmação da expetativa: a satisfação existe quando o utente recebe o que esperava do serviço ou mais do que esperava; e ii) a da realização das necessidades: a satisfação existe quando se verifica efetividade nos serviços recebidos e no seu nível de saúde.

5. A Teoria dos quatro estágios, que é uma teoria de “modelos combinados”, que abrange quatro conceitos básicos: (i) a perceção do desempenho do serviço; (ii) a confirmação da expetativa; (iii) a satisfação geral; e (iv) a intenção de visitar ou evitar o serviço no futuro (Swan, 1985, cited in Esperidião, 2006, p. 1270)

6. A Teoria dos determinantes e componentes (Ware, Snyder, Wright & Davies, 1983, cited in Gill & White, 2009, p. 10) defende que a satisfação do utente depende de respostas subjetivas dos utentes das suas experiências com os cuidados recebidos, mediada pelas suas preferências pessoais e expectativas.

7. Por último, a Teoria que entende a satisfação como um preditor da qualidade do serviço (Donabedian, 1980, cited in Gill & White, 2009, p. 10).

Vários autores se debruçaram sobre este construto e criaram modelos que permitem avaliá-lo quantitativamente através de dimensões que lhe estão subjacentes. Mas alguns destes modelos não definem diretamente a satisfação, mas avaliam-na indiretamente, por intermédio da avaliação da qualidade do serviço, dado que a satisfação é um dos muitos indicadores ou preditores dessa mesma qualidade percebida. Porque sendo um conceito psicossocial com múltiplas dimensões é de difícil definição devido às variáveis que o envolvem (Silva, 1999 cited in Pimentel, 2010, p. 7).

Adaptável aos serviços em cuidados de saúde, encontramos a satisfação como o grau de discrepância entre expetativa e experiência, sendo que a satisfação ocorre quando a experiência é igual ou maior que a expetativa e a insatisfação quando a experiência não corresponde à expetativa (Oliver, 1979, cited in Stallard, 1996, pp. 333-348). Ou seja, a satisfação resulta quando a experiência do serviço vai ao encontro das expetativas (Fisk, Brown, Cannizzaro & Naftal, 1990, cited in Verma & Sobti, 2002, p. 124), ou a satisfação é o resultado das expetativas concretizadas, uma função da perceção da discrepância entre os desejos individuais e as experiências atuais, que sejam proporcionais aos seus desejos (Turner & Louis, 1995, cited in Verma & Sobti, 2002, p. 124). No fundo é uma resposta afetiva ou emocional, diretamente relacionada com a confirmação ou não das expetativas que o utente teve, e face à sua satisfação para com o serviço que recebeu (John, 1992, cited in Sepúlveda,

1998, p. 36). Assim, a satisfação é algo que o utente sente quando vê preenchidos os seus desejos ou necessidades, estando o grau de satisfação dependente do quanto o profissional de saúde preenche esses desejos e necessidades (Bardin, 1979, cited in Pimentel, 2010, p. 7), pois os utentes são os melhores avaliadores de determinados aspetos, como a cortesia na comunicação e relações interpessoais por parte dos profissionais de saúde (Vuori, 1991, cited in Marques, 2010, p. 57).

Direcionado a serviços de saúde mental, em que existe uma preocupação com os juízos dos utentes que influenciam a satisfação, encontramos o modelo de discrepância, em que se comparam as perceções do utente, *i.e.*, a satisfação é o resultado da diferença entre os serviços atuais percebidos (perceção acerca do serviço recebido) e as perceções do utente acerca do que espera e valoriza (Gerkenmeyer & Austin, 2005).

Focado na prestação de cuidados de saúde, encontra-se um modelo multidimensional simples com duas dimensões que determinam a satisfação: i) apoio e suporte; e ii) manutenção da autonomia (Elbeck & Fecteau, 1990). Nelson (1990, cited in Verma & Sobti, 2002, p. 124) preconiza um modelo com quatro dimensões: i) satisfação com o resultado; ii) continuidade dos cuidados; iii) expectativas do utente; e iv) comunicação entre a díade utente-profissional de saúde. Um modelo mais complexo, que admite existir vários fatores que influenciam a satisfação: i) características sócio-demográficas; ii) estado psicológico e físico; iii) atitudes e expectativas acerca do cuidado (*e.g.*: estrutura, processo e resultado), e adiciona como variável geral as mudanças na sociedade (*e.g.*: políticas, sociais, económicas e demográficas), afetando as variáveis dos cuidados de saúde e as do utente (Cleary & McNeil, 1988, cited in Magnusson, Garrett & Sundelin, 2000, p. 232), definindo assim satisfação como a reação do utente aos cuidados de saúde recebidos, salientando elementos subjetivos ligados à sua experiência, acabando por medir a avaliação cognitiva e a reação emocional do utente à estrutura, processo e resultado (Cleary & McNeil, 1988).

Numa perspetiva também inclinada para a área da saúde, encontra-se na literatura um modelo que identifica onze dimensões para determinar a satisfação: (i) humanidade; (ii) informação; (iii) qualidade global; (iv) competência; (v) burocracia; (vi) acessibilidade; (vii) custos; (viii) facilidade; (ix) resultados clínicos; (x) continuidade; e (xi) atenção a problemas psicológicos (Hall & Dornan, 1988, cited in Fitzpatrick, 1993, p.6). Um modelo menos extenso, identifica nove dimensões que contribuem para a satisfação do utente: (i) arte de cuidar; (ii) qualidade técnica; (iii) acessibilidade; (iv) conveniência; (v) custos; (vi) empatia;

(vii) disponibilidade; (viii) continuidade; e (ix) resultados (Cleary & McNeil, 1988, cited in Fitzpatrick, 1993, p. 6). Um modelo com oito possíveis dimensões, em que o autor sugere que sejam implícitas em questionários que visem quantificar a satisfação do cliente com o cuidado de saúde recebido: i) arte de cuidar; ii) qualidade técnica; iii) acessibilidade; iv) eficácia; v) custo; vi) envolvimento físico; vii) disponibilidade; e viii) continuidade (Ware & Hays, 1988). Um modelo que comporta seis possíveis dimensões: i) ambiente; ii) apoio prestado pela equipa técnica; iii) tipo de serviço prestado; iv) quantidade de serviço; v) satisfação geral; e vi) procedimentos (Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979, cited in Stallard, 1996, pp. 333-348). Um modelo que identifica quatro dimensões: i) percepção do desempenho do serviço; ii) confirmação da expectativa a respeito do desempenho e percepção de tratamento equitativo; iii) satisfação geral e iv) intenção de revistar ou evitar o serviço de futuro (Swan, 1985). Um modelo mais simples que identifica três possíveis dimensões: i) estrutura; ii) processo; e iii) resultado (Donabedian, 1988, cited in King, Cathers, King & Rosenbaum, 2001, p. 112), em que assenta sobre o pressuposto de que a satisfação é uma consequência da total experiência dos cuidados recebidos. As mesmas três dimensões são referidas por outro autor, para garantir a avaliação da qualidade e manutenção da mesma: i) a avaliação de entrada (instalações, equipamentos e pessoal), processo e resultado (Jacobs, Christhoffel & Dixon, 1976), tal como Santos (1993) também refere que a satisfação mede a avaliação cognitiva e a reação emocional do utente à estrutura, ao processo e resultado dos cuidados, e acaba por ter alguma analogia ao modelo defendido por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) que preconizam cinco dimensões: i) a empatia; ii) a confiabilidade; iii) a presteza; iv) a segurança (estas últimas medidas poder-se-iam incluir na dimensão processo de Donabedian); e v) os aspetos tangíveis (idêntico à dimensão estrutura de Donabedian) que serviram de base teórica para a construção do instrumento SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988, cited in Pimentel, 2010, p.12), que visa medir a qualidade de um serviço (também em cuidados de saúde), que engloba as seguintes dimensões: i) tangibilidade; ii) confiabilidade; iii) resposta; iv) garantia; e v) empatia (Ramsaran-Fowdar, 2005, cited in Pimentel, 2010, p.12) tendo sofrido algumas alterações desde a sua primeira conceção, nomeadamente em 1994 por Bowers, Swan & Koehler, que acrescentou vi) carinho; e vii) resultados no paciente (Ramsaran-Fowdar, 2005, cited in Pimentel, 2010, p.13). Contudo, uma meta-análise sobre a satisfação dos utentes concluiu que as dimensões mais usadas nestes estudos são: (i)

humanidade; (ii) informação; (iii) qualidade global; e (iv) competência (Hall & Dornan, 1988, cited in Fitzpatrick, 1993, p. 7)

Numa certa medida até há algum consenso no que diz respeito às dimensões da satisfação, pois os utentes acabam por ter opiniões muito diferentes sobre diversos aspetos dos cuidados de saúde, que podem incidir sobre: i) aspeto técnico; ii) aspeto humano; e iii) aspeto interpessoal dos cuidados (McIntyre, et al, 1999), sendo a satisfação o resultado de multifatores, mas estando subjacente a diferença entre as expectativas do utente e a perceção dos cuidados realmente recebidos (McIntyre, et al, 1999) garantindo-lhe a subjetividade e complicando a sua operacionalização, pois pressupõe elementos afetivos e cognitivos na avaliação dos recursos do meio às necessidades do utente (Paul, Martin & Roseira, 1999).

A qualidade pode então ser definida em termos de satisfação, demonstrando como as necessidades e expectativas relativas ao serviço de saúde, foram satisfeitas ou atingidas (Ferreira, Afonso, Raposo & Godinho, 2003), constituindo assim a satisfação um indicador de qualidade dos serviços de saúde, permitindo medir o nível de satisfação do utente com um serviço através da avaliação à qualidade do serviço, *i.e.*, das suas dimensões.

Intervenção Psicológica: Satisfação e Aliança Terapêutica (Processo)

A aliança terapêutica, a competência e a aderência do terapeuta são três fatores que contribuem para os resultados da intervenção e estão mais associados às diferenças nos resultados que a própria abordagem utilizada na intervenção (Chattor & Krupnick, 2001). Esta dimensão da satisfação é essencial numa intervenção psicológica, pelo que os questionários de satisfação incluem questões semelhantes às usadas em instrumentos que avaliam a relação terapêutica (Quirk, Erdberg, Crosier & Steinfeld, 2007). No caso concreto deste trabalho, utilizando-se o modelo de Donabedian (1988), entende-se que esta dimensão é introduzida através da dimensão processo, onde está implícita a competência, a cooperação e empatia do psicólogo ou terapeuta. Quanto à competência do profissional de saúde, considerando o tempo de experiência do mesmo, encontram-se estudos que concluíram que não houve diferenças nos resultados das intervenções (Buckley, Newman, Kellett & Beail, 2006; Chattor & Krupnick, 2001; Jung, Nunes & Eizirick, 2007), destacando uma vez mais a importância em avaliar a satisfação do utente *per si*, com toda a subjetividade que lhe está subjacente, pois a literatura mostrou até agora que nem a competência do profissional de

saúde nem a abordagem utilizada contribuem para que se encontrem diferenças nos resultados da intervenção, mas o mesmo já não se pode dizer da aliança terapêutica.

A importância da aliança terapêutica na prática clínica distingue-se em psicologia e psicoterapia, na medida em que a satisfação com a experiência terapêutica determina a predisposição para o utente continuar na intervenção (Huble, Duncan, & Miller, 1999, cited in Quirk, et al, 2007, p. 96) e é também responsável em grande parte pelos resultados, sendo que alianças terapêuticas fortes, conduzem a resultados clínicos melhores (Lambert & Barkley, 2002; Wampold, 2001, cited in Quirk, et al, 2007, p. 96), conduzindo assim a níveis de satisfação mais elevados (Kim, Kim & Boren, 2008).

Assim, a investigação sobre a relação entre estas duas variáveis está bastante desenvolvida, demonstrando que a aliança terapêutica é um preditor consistente da permanência do utente na intervenção e até do resultado, nomeadamente em problemáticas respeitantes a abuso de substâncias, depressão, ansiedade, e transversal a diversas abordagens terapêuticas, como a psicodinâmica e a cognitivo-comportamental (Hawley & Weisz, 2005). Quando na prática clínica o utente é dependente dos pais ou outros significativos responsáveis, a aliança é mais complexa na medida em que envolve duas relações, envolvendo assim diferentes aspetos do processo terapêutico e do resultado, sendo mediados por diferentes fatores (Hawley & Weisz, 2005).

Intervenção Psicológica: Satisfação e Eficácia, Efetividade (Resultado)

Satisfação com o serviço por parte do utente pode ou não implicar um serviço prestado com qualidade, mas qualidade implica necessariamente eficácia, ou seja que os resultados tenham sido favoráveis. Existem na literatura vários autores que estudaram e divulgaram modelos que comportam diversas dimensões que permitem aos profissionais de saúde avaliar os efeitos da sua intervenção no sentido de melhorar a eficácia dos seus serviços ou a efetividade da intervenção.

Muito dos estudos encontrados na literatura, preocupam-se com a avaliação da qualidade dos serviços através de medidas de eficácia ou efetividade. Isto acontecia porque nos EUA a investigação a partir dos anos 1970 devia-se principalmente aos incentivos do programa de pesquisa do *National Institute of Mental Health* (NIMH) que financiava muitos estudos de eficácia, o que convidava os autores a defender a ideia de que não seria necessário conduzir investigações sobre o decorrer do processo de uma determinada psicoterapia, até se

comprovar que ela era eficaz e assim somente pesquisas neste âmbito, da avaliação da eficácia, passaram a ser financiadas pela NIMH (Charman, 2003; Goldfried & Wolfe, 1996).

Modelos de eficácia e efetividade visam avaliar a intervenção terapêutica através dos seus resultados. Num estudo levado a cabo por Elkin, Gibbons, Shea, Sotsky, Watkins, Pilkonis e Hedeker (1995) com 250 utentes americanos, submetidos a uma intervenção de 16 semanas, em quatro grupos com distintas abordagens (uma dos quais placebo). Foram feitas avaliações antes e depois da intervenção, com instrumentos de avaliação da depressão e funcionamento geral. Estes autores concluíram que houve efetivamente um melhoramento dos sintomas de depressão em todos os quatro grupos, demonstrando que nenhuma intervenção teve efeitos significativamente melhores que a outra. Neste âmbito, outros estudos concluíram igualmente que não existem diferenças significativas nos resultados entre as distintas abordagens terapêuticas, tendo este resultado sido denominado como “ O Veredito do Pássaro Dodô”, numa referência ao livro de Carroll (1865/2009) *Alice no País das Maravilhas*, no qual Dodô (pássaro) promove uma corrida onde não existe nem ponto de partida, nem meta, e assim todos chegaram ao final, onde ele diz: “todos venceram e todos devem receber um prémio” (Rosenzweig, 1936; Luborsky, Singer & Luborsky 1975), apesar da conclusão ser interessante, é importante não esquecer as limitações que estão subjacentes a estes estudos, nomeadamente diferentes tipos de variáveis, delineamentos e procedimentos utilizados (Serralta, Nunes & Eizirik, 2007).

Medidas de Avaliação de Resultados

Um trabalho realizado por Luísa Soares, Lluís Botella e Sergi Corbella sobre a aliança terapêutica e as técnicas e táticas do psicoterapeuta, mencionam (p. 180) que em 1993, a Society for Psychotherapy Research, numa investigação de Barkham, Evans, Margison, McGrath, Mellor-Clark, Milne e Connell, em 1998, nomearam as medidas de avaliação do resultado terapêutico mais utilizadas: SCL-90-R (Derogatis, 1983), Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD; Hamilton, 1959), Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown & Speer, 1988), State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg e Jacobbs, 1983), Beck Depression Inventory (BDI, Beck, Steer e Garbin, 1988), Social Adjustment Scale (SAS-M; Cooper, Osborn, Gath & Feggetter, 1982), Inventory of Interpersonal Problems (IIP, Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno e Villasenor, 1988) e Rosenberg self esteem measure (O'Malley e Bachman, 1979; Rosenberg, 1965).

No mesmo estudo de Barkham et al (1998, cited in Soares, L., Botella, L., & Corbella, Sergi, 2010, p. 180), os autores referem um estudo feito por Froyd, Lambert, & Froyd, (1996) que faz referência a Piotrowski e Lubin, que em 1990 demonstraram que o MMPI e o BDI foram os instrumentos mais utilizados na avaliação da depressão, o STAI foi o mais usado na avaliação da ansiedade e o MMPI e o SCL-90-R foram os mais utilizados na avaliação da saúde. Sendo os instrumentos identificados como os mais aplicados: i) Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer e Garbin, 1988); ii) State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg e Jacobs, 1983); iii) Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD; Hamilton, 1967); iv) Symptom Checklist-90-R; (SCL-90-R; Derogatis, 1983); v) Locke Wallace Marital Adjustment Scale (Locke e Wallace, 1959); e vi) Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

Pela necessidade de monitorização e de criar uma medida única de avaliação do resultado terapêutico ou da mudança terapêutica em diferentes contextos e em diferentes populações clínicas, surgiu o *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* (CORE-OM). Um Questionário europeu de auto-relato com 34 itens que permite avaliar o resultado de uma terapia psicológica (Evans, Connell, Barkham, Margison, McGrath, Mellor-Clark, & Audin, 2002), utilizado em contextos clínicos hospitalares, saúde ocupacional e educacional, assim como na avaliação dos serviços de saúde mental (Sales, et al, 2012).

Este instrumento permite a monitorização da intervenção independentemente do modelo teórico seguido pelo psicólogo e do seu contexto de trabalho, apresentando-se em dois formatos diferentes, um que se preenche após o período de avaliação inicial e no final da intervenção (CORE-A) e outro de formato reduzido que avalia de sessão a sessão (CORE-SF). O resultado é lido em três grandes áreas: i) bem-estar subjetivo (4 itens), ii) problemas (12 itens), e iii) funcionamento (12 itens). Contém ainda 6 itens que avaliam o risco, 4 itens referem-se ao risco para o próprio indivíduo e 2 itens ao risco de magoar os outros (Lyne, Barrett, Evans & Barkham, 2006). No caso do CORE-OM, as medidas de referência subjacentes à sua elaboração, foram o BDI (Beck Depression Inventory; Beck, et al, 1988), o HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, Snaith, 2003), o IIP, (Inventory of Interpersonal Problems; Horowitz, et al, 1988), o SCL-90-R, (Symptom Checklist-90-R; Derogatis, 1983) e o BSI (Brief Symptom Inventory; Derogatis & Melisaratos, 1983).

No presente estudo, como se pretende uma medida de avaliação do bem-estar subjetivo do utente, recorre-se a este instrumento (CORE-OM), traduzido e adaptado numa

versão portuguesa (Sales, et al, 2012), que avalia os domínios do bem-estar subjetivo, sintomas, funcionamento geral e de risco, contra si e contra aos outros.

Por se verificar uma necessidade crescente de garantir um serviço eficaz, estando a eficácia diretamente relacionada com a satisfação do utente, o profissional de saúde recorre-se de diferentes medidas, critérios e perspetivas na avaliação de um utente e do seu progresso terapêutico. Estudos demonstram que sujeitos com reduções sintomáticas significativas ou melhoria significativa, apresentam níveis de satisfação mais elevados em comparação com sujeitos com melhoria sintomática moderada ou nula (Ankuta & Abeles, 1993), bem como em comparação com sujeitos sem melhoria sintomática (Wise, 2003, cited in Lunnen, Ogles & Pappas, 2008, p. 146).

No entanto, outros estudos revelam que não se encontra nenhuma diferença significativa entre a satisfação do utente e os sucessos ou insucessos terapêuticos significativos, quer para os utentes, quer para os psicólogos, (Pekarik & Wolf, 1996, cited in Lunnen, Ogles & Pappas, 2008, p. 146). Tal como Lunnen e Ogles (1998, cited in Lunnen, Ogles & Pappas, 2008, p. 146) que também demonstraram que não se encontram relações significativas entre níveis de melhoria de sintomas, aliança terapêutica e satisfação dos utentes, psicólogos e outros significativos.

Para desmistificar a ideia de que só existe satisfação quando o resultado obtido é igual ao resultado esperado e no sentido de reforçar a ideia de que a satisfação é realmente um conceito subjetivo e relativo, sendo por isso idiossincrática a cada utente e ainda podendo alterar conforme o seu ‘estado de alma’ no momento da avaliação, sublinha-se um estudo levado a cabo por Lunnen, Ogles & Pappas (2008). Com o objetivo de investigar a relação entre a satisfação, melhoria dos sintomas, mudança percebida e funcionamento no final da intervenção, os autores concluíram que não há relação significativa entre a satisfação e a mudança sintomática, mas há relação entre a mudança percebida (*i.e.*, a perceção do utente acerca da mudança) e o funcionamento final, ou seja o mais importante que leva à satisfação do utente é o que ele acha e não efetivamente o que é na realidade. Estes autores também salientam uma questão pertinente para o presente estudo, é que os utentes quando respondem a uma questão relacionado com o serviço de cuidados de saúde, na sua avaliação consideram outras dimensões para além da melhoria efetiva dos sintomas, o que levou os autores a concluírem que a melhoria dos sintomas não representa uma relação significativa com a satisfação, uma vez que se trata apenas de um dos muitos fatores que contribuem para a

reflexão do utente quando avalia a sua satisfação com o serviço. Esta conclusão atesta a escolha do modelo de Donabedian (1988) que inclui os resultados como dimensão a considerar, mas em consonância com a dimensão estrutura e processo, que são igualmente importantes e levadas em consideração pelos utentes quando avaliam a satisfação com o serviço de saúde prestado.

Intervenção Psicológica: a importância da sua monitorização

Na literatura, relacionado com a eficácia dos serviços encontra-se a necessidade de monitorizar o processo terapêutico. Autores defendem monitorização do processo terapêutico pela crescente necessidade e exigência de rigor técnico e custos justificados nos serviços, pelo célere crescimento dos conhecimentos de patologias físicas e psicológicas e pelo desenvolvimento de metodologias de investigação clínica. Outros têm feito referência à necessidade de criar um paradigma científico na área da psicoterapia de PBE – *Practice Based Evidence* – ou seja a prática baseada na evidência (Evans, Connell, Barkham, Marshall e Mellor-Clark, 2003) que consiste no desenvolvimento de estudos controlados, garantia de qualidade metodológica e de terapias com suporte empírico (Kazdin, 2005) e que tem assumido um papel preponderante na prática psicoterapêutica, dado que é necessário ter o procedimento claramente descrito num manual, para que possa ser aplicado por vários profissionais de saúde, que seja aceite pelos utentes e avaliado pelos critérios de avaliação científica. A qualidade dos estudos tem vindo a aumentar (Durlak, Wells, Cotten & Johnson, 1995, cited in Kazdin, 2002, p. 53), como a avaliação da fidelidade do tratamento, o uso de manuais de intervenção e a avaliação da significância clínica da mudança terapêutica.

Na avaliação do desenvolvimento do processo terapêutico e para garantir o sucesso terapêutico e um serviço eficaz, o psicólogo ou psicoterapeuta deve ter em consideração a perspetiva do próprio utente ao julgar a significância clínica, dado que aquilo que pode parecer apenas uma pequena mudança, pode fazer uma grande diferença para o utente e afetar o funcionamento da sua vida quotidiana (Kazdin, 1999). Assim, importa diferenciar mudança atual de mudança percebida. A mudança atual refere-se a uma melhoria substancial no final da intervenção e é uma dimensão bastante importante (Jacobson, Roberts, Berns & McGlinchey, 1999; Kendall, Marrs-Garcia, Nath, & Sheldrick, 1999), não descurando a mudança percebida pelo utente e pelos seus significativos que é igualmente crítica (Foster & Mash, 1999, Gladis, Gosch, Dishuk & Crits-Cristoph, cited in Kazdin, 1999, p. 334). Importa

salientar que a significância clínica transcende a mudança de sintomas, sendo que ajudar o utente a lidar com um determinado problema pode ser o objetivo da intervenção, e não necessariamente atuar sobre os sintomas. O objetivo é lidar com a situação, alterar a perspetiva do utente e capacitá-lo para lidar com o problema. Assim a mudança terapêutica é igualmente importante, independente da alteração dos sintomas, dado que o utente está mais capaz de lidar com eles (Foster & Mash, 1999).

Um estudo de Bickman, Rosof-Williams, Salzer, Summerfelt, Noser, Wilson & Karver (2000) permitiu concluir que a informação usada na monitorização tem que cumprir determinados critérios para que seja útil: i) individualizada para o utente; ii) fornecida rapidamente (Tierney, Fitzgerald, Miller, James & McDonald, 1995, cited in Bickman, Rosof-Williams, Salzer, Summerfelt, Noser, Wilson & Karver em 2000, p. 70), iii) corresponder às necessidades do utente; e iv) separada das preocupações acerca dos custos (Loback, 1996, cited in Bickman, Rosof-Williams, Salzer, Summerfelt, Noser, Wilson & Karver em 2000, p. 71). Metade dos profissionais de saúde inquiridos mostraram-se interessados em usar dados recolhidos na prática clínica, desde o início, durante e após a intervenção, sendo o tipo de informação preferencial relacionado com historial de maus-tratos, fatores de stress, funcionamento familiar, qualidade da relação pais-filhos e aliança terapêutica. Concluíram que a informação recolhida melhora a eficácia dos serviços prestados (Lyons, Howard, O'Mahoney & Lish, 1997, Mullen & Magnabosco, 1997, cited in Bickman, Rosof-Williams, Salzer, Summerfelt, Noser, Wilson & Karver em 2000, p. 73).

Intervenção Psicológica: Satisfação e Investigação

Um estudo realizado em Portugal por iniciativa da Administração Regional de Saúde do Norte (McIntyre, et al, 1999), utilizou o Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente (QUASU) e concluiu-se que as dimensões que constituem o melhor preditor da avaliação global dos cuidados são: i) o acesso; ii) as relações interpessoais; iii) a comunicação e informação; iv) a coordenação de equipa; v) a qualidade técnica; e vi) os custos. Os preditores mais relevantes da satisfação global do utente são as variáveis de acesso e a componente mais humana dos cuidados, *i.e.*, relações interpessoais e comunicação e informação e não a dimensão técnica dos cuidados prestados o que seria de esperar. Os resultados revelaram ainda que a satisfação global do utente aumenta com a idade.

Seligman (1995) levou a cabo um estudo com os leitores da revista americana *Consumer Report*. Visava avaliar o nível de efetividade em psicoterapia, pelo que construiu um questionário tridimensional (melhoria específica, melhoria global e satisfação) com 26 questões relativas aos profissionais de saúde e questões inerentes à intervenção: i) tipo de terapeuta, competência e abordagem; ii) tipo de problema; iii) estado emocional ao início e no momento; iv) tipo de terapia, duração e frequência; v) plano de saúde e custos; vi) se a terapia ajudou; vii) satisfação com a intervenção; e viii) razões para a rescisão. O envio do inquérito teve uma taxa de retorno de 13%, em que sete mil leitores responderam que tinham tido problemas emocionais, ou outros, nos três anos antecedentes. Destes, 43% sentiram necessidade e recorreram a ajuda de amigos ou familiares e 57% recorreram a ajuda de profissionais de saúde, entre os quais: i) 37% psicólogos; ii) 22% psiquiatras; iii) 14% assistentes sociais; e iv) 9% outros profissionais e saúde. Destacam-se alguns resultados considerados mais relevantes: i) os tratamentos realizados geralmente funcionaram; ii) as intervenções a longo prazo produziram resultados mais significativos que as intervenções de curta duração; iii) os sujeitos que escolheram o profissional de saúde e a abordagem apresentaram melhores resultados enquanto que, quando a terapia foi limitada pelo plano de saúde os resultados foram piores; e iv) não foi demonstrada diferença entre intervenção que associa terapêutica medicamentosa com os que não associa.

Na análise dos resultados podem ser avaliadas duas dimensões: i) a análise da significância clínica (validade externa); e ii) a verificação das mudanças obtidas (validade interna). Considerando-se assim que as mudanças decorrentes de uma intervenção, para que sejam efetivas, não podem ser somente estatisticamente significativas, mas precisam de ser confiáveis e clinicamente relevantes e este é um dos desafios do presente estudo.

Em Portugal foi realizado um estudo similar ao de Seligman, em 2002 (cited in Vasco, Santos & Silva, 2003). Para o efeito foi replicado em termos metodológicos o inquérito conduzido pela *American Consumer Report* (Seligman, 1995), tendo o questionário original sido traduzido e adaptado à população portuguesa. Da totalidade dos participantes, 60,4% procurou, nos últimos 3 anos, algum tipo de apoio psicológico: i) amigos e colegas (30,4%); ii) companheiros (28,0%); e iii) em outros familiares (20,0%). Curiosamente, em 30,7%, esta procura de ajuda resultou em recomendações para os profissionais de saúde e 66,3% dos sujeitos acedeu à recomendação. Os restantes apontaram algumas razões para a não procura: i) “preferir resolver os problemas sozinho” (53,8%); ii) “a família e/ou os amigos serem ajuda

suficiente” (33,5%); e iii) “o custo das consultas” (24,4%). Da amostra, 28% recorreu a profissionais de saúde: i) o médico de família (39,1%); ii) o psiquiatra (29,6%); iii) médicos de outras especialidades (27,7%); e iv) o psicólogo (14,9%). Na sua generalidade os resultados apontam para um quadro otimista no que respeita à perceção da satisfação dos utentes com o serviço prestado, dando destaque para o uso da psiquiatria com uso de medicação com 68% dos utentes muito satisfeitos e logo de seguida a psicologia com 64% dos utentes muito satisfeitos e a psiquiatria sem uso de medicação e o médico de família, ambos com apenas 46% dos utentes muito satisfeitos.

Outros estudos mostram que há relação entre características dos utentes e os resultados da avaliação da satisfação com os cuidados de saúde (Barr & Bank, 2002) e que 15% da variância é explicada precisamente pelas características dos utentes (Rogut, Newman & Cleary, 1996, Young, Meterko & Desai, 2000, cited in Barr & Bank, 2002, p. 3), como por exemplo diferenças raciais e étnicas (Doescher, Saver, Franks & Fiscella, 2000, cited in Barr & Bank, 2002, p. 4). Finkelstein (1998, cited in Barr & Bank, 2002, p. 2) preocupou-se em medir a satisfação dos utentes em cuidados de obstetrícia e concluiu que na generalidade os utentes de média idade tendem a apresentar um nível de satisfação menos favorável e os utentes mais velhos uma avaliação mais positiva. Coyle (1999) que também se interessou em estudar a insatisfação dos utentes com os cuidados prestados por médicos e enfermeiras, pelo que entrevistou 41 utentes para apurar as queixas mais prevalentes. O pertinente neste artigo para o presente estudo foi perceber que há barreiras culturais que impedem a expressão da insatisfação, tais como: (i) o estigma associado à queixa (Mulcahy & Tritter, 1994, cited in Coyle, 1999, p. 724); (ii) o medo de ser rotulado como um "incómodo" (Brearly, 1990, cited in Coyle, 1999, p. 724); e (iii) sentimentos de gratidão (Sheppard, 1994, Etchepareborda. 1995, cited in Coyle, 1999, p. 724). Contudo o estudo aponta que o género feminino está mais apto a criticar os serviços, sendo assim útil envolvê-las em investigações deste âmbito, que vai ao encontro do que a literatura mostra, que as mulheres tendem a reclamar mais frequentemente do que os homens (Richwhite, 1983, Allsop, May & Coyle, 1994, Mulcahy & Lloyd-Bostock, 1994, Mulcahy, Allsop & Shirley, 1996; cited in Coyle, 1999, p. 724).

Com o objetivo de identificar o nível de satisfação dos utentes (Westaway, et al, 2003), foi realizado um estudo assente nas três dimensões preconizadas por Donabedian (estrutura, processo e resultado), com itens referentes: simpatia, empatia, aconselhamento, respeito, consideração, apoio, expetativas, competência, informação, comunicação,

caraterísticas do serviço, manutenção do contato, equidade, disponibilidade, tempo de espera, limpeza, privacidade, custo, entre outros. Onde se verificou que os sujeitos fisicamente mais debilitados demonstraram mais insatisfação com a qualidade, enquanto os psicologicamente mais debilitados demonstraram insatisfação com as relações interpessoais, concluindo assim que de acordo com o pressuposto pelo Modelo de Donabedian (1988), a estrutura e o processo são dois fatores relevantes na avaliação e julgamento do utente.

Intervenção Psicológica: Satisfação e Instrumentos de Avaliação

Encontram-se na literatura inúmeros instrumentos de avaliação da satisfação que servem diversas áreas de prestação de serviços. Muitos deles servem a área da saúde (Tabela 1) e de alguma forma poder-se-iam adaptar à área da Psicologia ou Psicoterapia, mas as dimensões contempladas não eram exatamente as que se pretendiam avaliar, pelo que não se decidiu pelo seu uso.

Tabela 1

Instrumentos de Avaliação da Satisfação com o Serviço de Saúde em geral

instrumento	Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente (QUASU)	Consultation Satisfaction Questionnaire (CSQ)	Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ III)
autor	McIntyre, Pereira, Correia, Fernandes e Silva (1999)	Baker R. (1990)	Ware, Snyder, e Wright, 1976
dirigido	serviços de saúde	serviços de saúde	serviços de saúde
ítems	47	18	50
dimensões	acesso	satisfação geral	qualidade técnica
	despesa	cuidado profissional	forma interpessoal
	qualidade técnica	profundidade da relação	comunicação
	comunicação/informação	perceção do tempo da consulta	aspectos financeiros dos cuidados
	relações interpessoais		tempo gasto com o médico
	coordenação da equipa		acessibilidade dos cuidados
	avaliação global		

Outros instrumentos que se encontram na literatura dirigidos mais à área da saúde mental (Tabela 2), não foram escolhidos para a realização do presente trabalho, pelo mesmo motivo, por não apresentarem as dimensões pretendidas e por os itens não questionarem exatamente o que se entende como importante no serviço de saúde de Psicologia ou Psicoterapia em Portugal, e que se adapte quer ao setor público, quer ao privado.

Tabela 2

Instrumentos de Avaliação da Satisfação com o Serviço em Geral e Serviço de Saúde Mental

instrumento	SERVQUAL	Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II)	Strupp's Rate Questionnaire (SRQ)
autor	Parasuraman et al (1988)	Luborsky et al. (1996)	Strupp, Fox & Lesser (1969)
dirigido	prestação de serviços	saúde mental	saúde mental
itens	22	19	41
dimensões	empatia	sentimentos de compreensão	experiência da sessão
	confiabilidade	confiança	relação com o terapeuta
	presteza	interesse	foco do tratamento
	segurança	objetivos comuns	mudanças percebidas
	aspetos tangíveis	desejo de progresso	avaliação geral da experiência

Intervenção Psicológica: Limitações ao estudo da Satisfação

Existe pouca investigação sobre o processo e o resultado terapêutico em Portugal, pois não existe uma tradição de investigação em psicoterapia a nível nacional (Sousa, 2006) o que dificulta extrapolações, uma vez que a cultura é uma variável importante, não podendo afirmar com precisão que conclusões que servem países nórdicos, por exemplo, se adequam na mesma medida à realidade portuguesa. E o presente trabalho pretende mensurar não só a satisfação daqueles que já recorreram a serviços de psicologia clínica e psicoterapia, mas também a perceção das necessidades psicoterapêuticas dos participantes que não recorreram.

Seligman (1995), questionou os estudos de eficácia, numa investigação que ficou conhecida como o mais extenso levantamento sobre psicoterapia realizado nos EUA. Nas suas reflexões salienta a importância em avaliar a eficácia de uma intervenção psicoterapêutica em contexto natural e não em contexto experimental com grupo de controlo, pois assim acabam por carecer de validade externa. Assim, defendeu que são necessários estudos de efetividade, explicando as suas vantagens: i) a intervenção não é limitada por uma duração fixa, enquanto um estudo de eficácia prevê cerca de 12 sessões independentemente da melhoria do utente; ii) se uma técnica não está a resultar, adequa-se a intervenção à necessidade, enquanto um estudo de eficácia é limitado a um número restrito de técnicas; iii) a escolha do psicólogo ou psicoterapeuta e da abordagem é feita pelo utente, enquanto num estudo de eficácia é atribuído pelos investigadores (Howard, Orlinsky & Lueger; 1994, cited in Seligman, 1995, p. 967); iv) a intervenção é adequada a problemas paralelos e interligados, enquanto num estudo

de eficácia é limitada a um diagnóstico, conforme o estudo em desenvolvimento; e v) melhora o funcionamento geral do utente, enquanto um estudo de eficácia cinge-se à redução de sintomas com o intuito que o transtorno cesse. Os estudos de efetividade respeitam a diversidade das abordagens terapêuticas e a duração das intervenções (Seligman, 1995), sendo que a pesquisa somente focada no resultado da intervenção (estudos de eficácia), distanciam-se do contexto da prática clínica (Goldfried & Wolfe, 1996), comprometendo a sua validade externa.

Por estas limitações conceituais e metodológicas, esta tese pretende estudar o conceito de satisfação do utente na área da saúde mental, na tentativa de construir um instrumento que avalie o nível de satisfação de quem procura e usa este serviço. Para isso, tomou-se em consideração as reflexões de Seligman (1995) e todo o procedimento e construção do instrumento foi desenvolvido de maneira que aquando a sua aplicabilidade não se colocasse em causa o contexto natural dos sujeitos e assim evitar algumas limitações que estão subjacentes a estudos de eficácia já efetuados, aproximando-se mais de um estudo de efetividade e garantindo assim a validade externa.

Contudo a principal limitação parece estar ligada ao nível de satisfação dos utentes ser influenciado por inúmeros fatores relacionados com características intrínsecas aos próprios utentes, com as suas experiências, com variáveis de contexto e ainda com as suas expectativas sobre as diferentes dimensões da satisfação, sendo um conceito subjetivo e dinâmico com grande valor cultural e por isso sujeito a mutações constantes (Ribeiro, 2003). Nomeadamente, no que diz respeito ao grau de expectativas e exigências individuais em relação ao serviço de saúde, e às próprias características individuais, como idade, género, extrato social e ainda o estado psicológico (Sitzia & Wood, 1997). Outros autores, somam à idade e género, fatores sócio-económicos e a disponibilidade dos serviços (Hall & Dornan, 1990; Sofaer & Firminger, 2005).

Assim, o próprio utente funciona como um limitador ao estudo deste construto, porque: i) o seu estado físico e emocional pode não ajudar no seu julgamento; ii) o utente pode não expressar os seus sentimentos com medo de represálias caso a avaliação não garanta o anonimato e a confidencialidade; e iii) a dificuldade em recordar experiências passadas ou a dificuldade em medir fenómenos subjetivos (Vuori, 1987), pois o utente pode expressar ausência de opinião ou a aceitação do paternalismo (Williams, 1994, cited in Vaitsman & Andrade, 2005, p. 605) em especial quando se trata de serviço público, não podendo garantir

assim uma avaliação crítica, e ainda o facto de, na grande maioria dos estudos realizados, os utentes que utilizam o serviço tendem a ser pouco críticos no que concerne à avaliação da qualidade do serviço (Pascoe, 1983; Kotaka, Pacheco & Higaki, 1997; Ramirez-Sanchez, Najera-Aguilar & Nigenda-Lopes, 1998) o que pode desincentivar a investigação da avaliação do serviço de psicologia e psicoterapia por meio da avaliação da satisfação do utente e promovendo-a por intermédio de uma avaliação direta e objetiva da qualidade.

Na revisão de literatura realizada por Gill e White (2009), algumas limitações ao estudo da satisfação foram levantadas: i) é um conceito complicado (Heidegger, Saal & Nuebling, 2006, cited in Gill & White, 2009, p. 8); ii) é complexo, sofrendo de conceptualização inadequada e falta de consenso na sua definição, ao ponto de uma revisão de literatura realizada em 2006 chegar à conclusão de que nenhum instrumento que visa avaliar a satisfação é satisfatório, na medida em que a maioria dos trabalhos não apresenta o relatório de satisfação do utente, poucos informam o instrumento utilizado, tão pouco as suas propriedades psicométricas ou os resultados reais, e em muitos os utentes demonstraram satisfação em apenas um único item (Hawthorne, 2006, cited in Gill & White, 2009, p. 11); iii) muitos instrumentos avaliados numa meta-análise demonstraram pouca confiabilidade e validade (Sitzia, 1999, cited in Gill & White, 2009, p. 11); iv) acabando por a maior parte dos estudos ser de natureza puramente exploratória (Gilbert & Veloutsou, 2006, cited in Gill & White, 2009, p. 9); e v) Crowe, Gage, Hampson, Hart, Kimber, Storey & Thomas (2002, cited in Gill & White, 2009, p. 10) numa revisão feita aos estudos deste âmbito concluíram que ainda não se compreendeu efetivamente o que leva o utente a ficar ou não satisfeito.

Desenvolvimento Instrumento de Avaliação: o Modelo escolhido

A questão da qualidade na prestação dos serviços na área da saúde foi muito trabalhada e pensada por Avedis Donabedian (1988), que refletiu sobre esta temática a partir do cuidado de saúde prestado individualmente no sentido de garantir a qualidade, *i.e.*, a partir da monitorização do desempenho do profissional de saúde pretendia-se melhorar a qualidade, sendo o desempenho da atividade o tema central e tudo se passaria a partir da visão do profissional de saúde. Este autor, na relação entre profissional de saúde e utente, defende que o serviço de saúde prestado com qualidade implica também a qualidade da comunicação, a capacidade do profissional de saúde em manter a confiança e em conseguir tratar o utente com interesse, honestidade, tato, sensibilidade e empatia (Donabedian, 1988). São conceitos que se

pretendem no contexto de uma intervenção psicológica, e que resultam em satisfação do utente, existindo assim um elevado grau de concordância entre a satisfação do utente e a qualidade global do serviço de saúde (Donabedian, 1983) recebido.

Donabedian, após análise realizada nas áreas da qualidade de cuidados de saúde e de garantia de qualidade, conceptualizou um modelo que sintetiza três zonas de medição de qualidade: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1966, 1969). O autor desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade na prestação de serviços na área da saúde, com base nesta trilogia – a estrutura, o processo e o resultado – sendo essa avaliação viável precisamente porque existe uma ligação de dependência entre as mesmas (Donabedian, 1980; Mezomo, 2001), pois uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e um bom processo acaba por possibilitar um bom resultado. Esta conceptualização tem sido aceite desde então como uma abordagem eficiente para medir a qualidade nos cuidados de saúde, bem como um instrumento para classificar programas de garantia de qualidade (Costanzo & Vertinsky, 1975, Lorch & Brook, 1984, Lorch & Ware, 1987, cited in Ferreira, 1991, p. 100), pelo que foi neste modelo que incidiu a escolha para se proceder ao desenvolvimento do instrumento de avaliação da satisfação do utente em psicologia e psicoterapia, pela sua simplicidade e clareza, e essencialmente por abordar as três dimensões que se consideram imprescindíveis para avaliar a qualidade de um serviço de psicologia ou psicoterapia na realidade e cultura portuguesa.

Entende-se por: i) estrutura, os atributos dos contextos em que a prestação de cuidados de saúde mental ocorre (*e.g.*: acessibilidade, disponibilidade de serviços, custos, aspetos burocráticos, tempo de espera, quantidade, frequência e duração do serviço, adequação dos serviços recebidos de acordo com as necessidades do utente ou família e estruturas físicas do meio envolvente); ii) processo, o que está a ser efetivamente feito na prestação de serviços em cuidados de saúde mental (*e.g.*: prestação de cuidados com respeito e suporte, competência, cooperação entre o psicólogo e utente, continuidade e coordenação da prestação de cuidados, informação e quantidade de informação fornecida pelo psicólogo); e por iii) resultado, os efeitos da prestação de serviços em cuidados de saúde mental no utente, (Donabedian, 1980, 1988), que pode ser entendido como a eficácia e efetividade do serviço.

Donabedian (1990) preconiza que a melhor maneira de se fazer uma avaliação da qualidade do serviço prestado é utilizar um instrumento que contemple indicadores representativos das três categorias, pois é desta tríade que se retiram as bases para a valoração

da qualidade, sendo que os resultados refletem os efeitos dos cuidados prestados, podendo servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade tanto da estrutura quanto do processo. O autor refere ainda que a noção de satisfação do utente tornou-se um elemento de avaliação da qualidade nos serviços de saúde (Donabedian, 1994), portanto verifica-se assim a grande relação entre estes dois construtos. E é nesta base de entendimento que se procedeu ao desenvolvimento do instrumento no presente estudo.

A partir da formulação inicial deste método de avaliação da qualidade, o autor mais tarde propôs uma importante ampliação dos critérios a serem utilizados, os "sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 1990), os quais não foram escolhidos pela sua complexidade em trabalhá-los, por tornarem o instrumento mais extenso, complicado e demorado de preencher, e especialmente por se acreditar que o modelo original se adaptaria melhor à área em estudo, a Psicologia e Psicoterapia.

Desenvolvimento Instrumento de Avaliação: o Método escolhido

O método utilizado para avaliar a satisfação de um utente varia em termos de complexidade, inclusão, especificidade e representatividade (Leiper & Field, 1993, cited in Stallard, 1996, pp. 333-348), mas o método mais comum e o escolhido para o presente estudo, foi o Questionário de Satisfação, por ser geralmente construído para um contexto, população e objetivo específico e ser útil para determinar os pontos fortes de um serviço (Stallard, 1996).

O tipo de questão está ligado às opções teóricas do investigador, conscientes ou não (Guba & Lincoln, 1982, cited in Moreira, 2004, p. 124). Neste caso, optou-se por questões fechadas, por estarem associadas à facilidade de tratamento das respostas e à clareza da interpretação. Permite maior objetividade e maior rapidez e facilidade no preenchimento para os sujeitos. No entanto, pode limitar as respostas dos sujeitos às previstas pelo investigador e assim reduzir o espaço de expressão do inquirido (Stallard, 1996). Para colmatar esta situação, no final do questionário de avaliação da satisfação deixou-se um espaço de questão aberta, um convite ao sujeito a "referir algum aspeto que não tenha sido abordado", caso o deseje, o que permite exprimir-se nas suas próprias palavras (Moreira, 2004) e identificar alguma questão que considere pertinente. A vantagem é complementar e enriquecer a informação facultada, podendo apontar como desvantagem o facto de ter que se interpretar aquela reflexão e ainda contemplá-la de alguma forma no resultado final, que se pretende que seja quantitativo.

Avaliar a Satisfação em Geral e em Especificidade

A avaliação da satisfação em geral produz níveis de satisfação mais elevados, enquanto em especificidade, verifica-se uma maior variação nos níveis de satisfação (Locker & Dunt, 1978, Williams & Calnan, 1991, cited in Stallard, 1996, pp. 333-348), pois as questões gerais falham no fornecimento de informação detalhada (Stallard, 1996). Assim, optou-se por avaliar aspetos específicos da satisfação, para perceber com que aspetos, da qualidade do serviço de Psicologia e Psicoterapia, é que os utentes se sentem mais satisfeitos e quais os aspetos que necessitam de ser melhorados, pelos psicólogos ou psicoterapeutas. Contudo, não se quis perder a oportunidade de avaliar a satisfação em geral, pelo que esta dimensão não foi considerada no questionário de avaliação da satisfação (ASPP), mas inserida no questionário de caracterização e de consulta (ICCPP), onde encontram dois itens que traduzem a satisfação dos utentes de psicologia ou psicoterapia: um abrange a totalidade dos sujeitos (item 19) e outro somente os que já terminaram (item 23) a intervenção.

Avaliação da Satisfação: O instrumento e o que permite responder

Na revisão de literatura não se encontrou um instrumento que medisse o grau de satisfação do utente em psicologia ou psicoterapia, de forma clara e rápida e que contemplasse as dimensões que se consideravam as mais adequadas com base no tipo de serviço em questão, pelo que decidiu construir um instrumento original.

A literatura mostra que um bom instrumento deve considerar o impacto do comportamento do profissional de saúde, assim como deve abranger os seguintes critérios: i) deve ser apropriado para uso no ambiente onde os cuidados são fornecidos; ii) ter itens positivos e negativos; iii) ter validade e fidelidade aceitáveis; iv) ter itens múltiplos; v) permitir classificações desde pobre a excelente; vi) ter opções de resposta suficientes que permitam variabilidade para diferenciar dentro das dimensões distintas em consideração; e vii) permitir que a avaliação seja específica em diferentes tipos de visitas (Ware & Hays, 1988), verificar-se-á que se consideraram alguns destes critérios na criação do instrumento.

O instrumento criado visa conhecer a realidade face ao serviço de psicologia ou psicoterapia. Para os sujeitos que nunca recorreram ao serviço, pretende-se apurar: i) se já sentiram necessidade em recorrer; e para os sujeitos que já recorreram, pretende-se apurar: i) o nível de satisfação com a qualidade do serviço; ii) se recomendariam o mesmo serviço a familiares ou amigos; e iii) se recorreriam, caso necessitassem, ao mesmo serviço.

Metodologia da Investigação

Tipo de Estudo: Objetivo de Investigação

Esta investigação teve por base um objetivo que foi “visto como um guia, na medida em que representou e descreveu o método a ser seguido no estudo do problema (Verma & Beard, 1981, cited in Bell, 1993, p. 39).

(1.) “Os utentes que recorram a serviços de psicologia ou psicoterapia, sentiram satisfação com o serviço?”

Outros objetivos do estudo foram investigar: (2.) De que modo a satisfação com o serviço está associada a bem-estar subjetivo?; (3.) As pessoas que nunca recorreram, já sentiram necessidade em recorrer?; (4.) De que modo a necessidade em recorrer está associada a bem-estar subjetivo?

Com base na questão de investigação, desenvolveu-se um estudo do tipo exploratório-descritivo, correlacional-transversal e de natureza quantitativa. Pretendendo-se obter informação quanto às reais necessidades (ou a perceção delas) em recorrer e o nível de satisfação de quem já recorreu ao serviço de psicologia ou psicoterapia em Portugal. Com o intuito de identificar, descrever e correlacionar fatores e características que contribuam para a satisfação ou insatisfação do utente.

Hipóteses de Investigação

Delinearam-se as seguintes hipóteses de investigação:

(H1) Os participantes que nunca recorreram ao serviço de psicologia ou psicoterapia e não sentiram necessidade de o fazer apresentam:

- i) níveis de bem-estar subjetivo superiores e níveis de distress global e de problemas/sintomas inferiores: (a) aos participantes que nunca recorreu mas já sentiram necessidade; e (b) aos participantes que já recorreram ao serviço e sentiram insatisfação; e
- ii) níveis de bem-estar subjetivo semelhantes: (a) aos participantes que já recorreram ao serviço e sentiram satisfação com a qualidade do mesmo.

(H2) No sub-grupo de participantes que já recorreu ou ainda recorre ao serviço de psicologia ou psicoterapia. A diferença no sentimento de satisfação difere em função dos seguintes fatores: i) tipo de serviço usado; ii) do tipo de encaminhamento; iii) da toma de medicação; iv) da periodicidade das consultas; v) da duração da consulta; vi) da duração total da intervenção; e vii) de quem decidiu o término da intervenção.

(H3) No grupo de participantes que já recorreu ao serviço de psicologia ou psicoterapia aqueles que recomendam o serviço a familiares e amigos, e sentem que recorreriam ao mesmo serviço caso necessitassem sentem mais satisfação com a qualidade do serviço.

(H4) Há uma relação significativa entre os resultados da avaliação da satisfação e as características dos utentes: i) a idade (quanto mais velhos, tendem a sentir-se mais satisfeitos); e ii) o género (o género feminino tende a ser mais crítica que os o género masculino, portanto deverá apresentar níveis superiores de insatisfação).

Participantes

A população alvo deste estudo, são todos os sujeitos residentes em Portugal, com idade igual ou maior a 15 anos, independentemente de terem ou não utilizado os serviços de psicologia ou psicoterapia, devido à forma de preenchimento do instrumento, considerou-se a necessidade dos participantes saberem ler e escrever, e em parte, terem acesso a um computador e internet, (como se explicará mais à frente no procedimento). A amostra foi, não-probabilística accidental, e tipo bola de neve (snowball).

Participaram 228 sujeitos, maioritariamente do sexo feminino (68%), contra 32% do sexo masculino, recolha via email ou presencialmente. A idade mínima é de 15 anos e a máxima de 80 anos, com a moda de 35 anos, a média de 41 anos e um desvio padrão de 11,78. A população está grande parte entre os 30 e os 49 anos (56,2%), seguindo-se até aos 20 anos (20,2%) e com uma expressão pequena a partir dos 50 anos (23,6%). O nível de escolaridade mais representativo é a licenciatura (61,8%), segue-se o 12.º ano (32%) e por último a escolaridade obrigatória e a primária (6,2%). A situação profissional mais representada é a dos empregados (65,8%), seguindo-se a dos desempregados (14,5%), os estudantes (13,1%), os reformados (5,7%) e por último os trabalhadores-estudantes (0,9%).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos sujeitos são casados ou vivem em união de facto (55,7%). O segundo grupo mais representado é o dos solteiros (20,6%), seguindo-se dos que têm uma relação (11,4%), depois dos divorciados ou separados (9,5%) e por último dos viúvos (2,6%). O número de filhos varia entre zero (46,9%), que é também o valor da moda, e o máximo de 4 filhos (1,3%). Com apenas um filho são 25% dos sujeitos, 19,7% com dois filhos e 7% com três filhos. A maioria dos sujeitos não revela nenhuma doença diagnosticada (72,1%), sendo que 18,1% revelam ter uma doença física, 8,4% revelam ter uma doença psicológica e apenas 1,3% revelam ter doença física e psicológica.

No momento da recolha de dados, da totalidade dos sujeitos, 53,9% ($n= 123$) nunca tinham recorrido ao serviço de psicologia ou psicoterapia, e os restantes já tinham recorrido. Sendo que 26,3% estava, no momento, a frequentar consultas de psicologia ou psicoterapia. A maior parte dos sujeitos nunca recorreram a um acompanhamento regular de mais de quatro consultas (57%), 31,6% já o fez pelo menos uma vez, 5,3% duas vezes, 4,4% três vezes e 1,7% mais de seis vezes. Assim, se 53,9% dos sujeitos nunca recorreram ao serviço de psicologia ou psicoterapia e 57% já recorreu a um acompanhamento regular de mais de quatro consultas, subentende-se que 3,1% já recorreu a este serviço, mas com um acompanhamento inferior a quatro consultas. Dos 53,9% sujeitos que nunca recorreram, 28,5% já sentiu necessidade de o fazer, pelo que os restantes 71,5% nunca sentiram essa necessidade.

Aos sujeitos que já tinham recorrido a pelo menos a um acompanhamento regular de mais de quatro consultas, foi-lhes pedido que respondessem a questões que permitissem caracterizar em que condições a última intervenção foi efetuada, pois foram estes sujeitos que responderem ao instrumento construído neste estudo para avaliar a sua satisfação com as consultas de psicologia ou psicoterapia (ASPP). Assim, dos 228 sujeitos neste estudo, consideraram-se 105 respostas para efeitos de resultados do instrumento ASPP. Destes; i) a sua maioria recorreu ao serviço público (52%), os restantes ao serviço privado (48%); ii) 83,3% fizeram terapia individual e 7,8% terapia de grupo; iii) quanto às abordagens, 29,9% sob uma abordagem maioritariamente psicanalítica ou dinâmica, seguindo-se da comportamental (23,7%), sendo que 21,6% dos sujeitos não soube responder a esta questão; iv) a maioria foi à consulta por sua iniciativa (53,9) ou por indicação médica (30,4%); v) por sintomas e sofrimento psicológico (48,5%), conflitos familiares (16,8) ou entre casal (11,9); vi) sendo que praticamente metade dos sujeitos estavam a tomar medicação (45,4%); vii) a

maior parte comparecia semanalmente à consulta (41,2%), os outros quinzenalmente (31,4%) e 24,5% mensalmente; e viii) na sua maioria a consulta durava entre 45 minutos e 1h (56,9%).

Dos que já tinham terminado a intervenção (21,9%), na sua maioria durou até 6 meses (44%), enquanto que em 24% durou entre 6 a 12 meses, ou mais que 18 meses. Terminaram a intervenção por sua própria decisão (71,4%) e os restantes (28,6%) foi por decisão do psicólogo ou psicoterapeuta, o motivo mais apontado, foi terem sentido melhoras (34,7%), terem conseguido resolver o problema (22,4%) ou por questões económicas (24,5%), e se necessitassem 82,4% recorreria novamente ao mesmo serviço, sendo que 17,6% não o faria, possivelmente os sujeitos que apontaram como motivo não terem sentido melhoras (8,2%) ou outro motivo não especificado (8,2%). Da totalidade dos sujeitos, 94,1% recomendaria o mesmo serviço a familiares ou amigos e os restantes não o fariam.

Material Instrumentos

Utilizou-se uma bateria composta por três questionários interligados - pelo que será referida como “tríade instrumental” – que foram preenchidos pela respetiva ordem representada. Em parte alguma se encontra a identificação do sujeito, garantindo total anonimato e confidencialidade.

Primeiro questionário: Instrumento de Caracterização e de Consulta em Psicologia ou Psicoterapia (ICCPP)

O primeiro questionário (Anexo A), dirigido a todos os participantes, é composto por 23 itens. O tipo de resposta varia consoante o item, podendo aparecer de forma: i) numérica; ii) sim ou não; e iii) escolha múltipla. Nem todos os sujeitos deverão preencher a totalidade do questionário, sendo que: i) os sujeitos que nunca recorreram ao serviço de psicologia ou psicoterapia só deverão responder a 10 itens; ii) os sujeitos que já recorreram e que no momento do preenchimento se encontram em intervenção só deverão responder a 18 itens; e iii) os sujeitos que já recorreram e terminaram a intervenção, deverão responder a 22 itens.

Este questionário foi integralmente construído para efeitos deste estudo. Destina-se à caracterização da população a nível sócio-demográfico (6 itens), de saúde (4 itens), da consulta (8 itens) e de satisfação geral (2 itens). Decidiu-se denominá-lo de: Instrumento de caracterização e de consulta em psicologia ou psicoterapia (ICCPP).

Apresenta-se na Tabela 3 a relação entre as dimensões de caracterização e os itens do questionário.

Tabela 3

Relação entre as dimensões de caracterização e os itens do Questionário ICCPP

Dimensões	N.º Item e Descrição	Indicadores
sócio-demográfica	1. Idade	valor numérico
	2. Género	0-feminino 1-masculino
	3. Habilitações Literárias	1-escolaridade primária 2-escolaridade obrigatória 3-ensino secundário 4-ensino superior
	4. Situação Profissional	1-empregado/a 2-desempregado/a 3-estudante 4-trabalhador(a)/estudante 5-reformado/a
	5. Estado Civil	1-casado/a ou união de facto 2-tem uma relação 3-solteiro/a 4-divorciado/a ou separado/a 5-viúvo/a
	6. Se tem filhos. Quantos?	valor numérico
saúde	7. Tem alguma doença diagnosticada?	1-nenhuma 2-física 3-psicológica 4-física/psicológica
Consulta	8. Frequenta neste momento consultas de psicologia ou psicoterapia?	1-sim 2-não
	9. Quantas vezes já recorreu a um acompanhamento regular de mais de 4 consultas?	valor numérico
	10. Se nunca recorreu a um serviço de psicologia/psicoterapia alguma vez sentiu necessidade de o fazer?	1-sim 2-não
	11. Recorreu ao serviço	1-público 2-privado
	12. Tipo de terapia	1-individual

		2-grupo 3-casal 4-familiar 5-outra 6-não sei
	13. Tipo de abordagem	1-psicanalítica/dinâmica 2-cognitiva 3-comportamental 4-cognitivo-comportamental 5-breve 6-abordagem eclética 7-gestalt 8-existencial 9-outra 10-não sei
	14. Tipo de encaminhamento	1-por sua iniciativa 2-por conselho de familiar ou amigo 3-por indicação médica
	15. Motivo da consulta	1-sintomas e sofrimento psicológico 2-conflitos familiares 3-conflitos entre casal 4- conflitos profissionais 5-doença crónica ou psiquiátrica 6-doença crónica física 7-desenvolvimento pessoal/profissional 8-luto 9-outra
	16. Estava a tomar medicação para o seu problema?	1-sim 2-não
	17. Qual a periodicidade da(s) consulta(s)?	1-mensal 2-quinzenal 3-semanal 4-2 vezes por semana ou mais
	18. Qual a duração da consulta?	1-até 45 minutos 2-de 45 minutos a 60 minutos 3-mais de 1h
satisfação geral	19. Recomendaria a familiares ou amigos o mesmo serviço?	1-sim 2-não
consulta	20. Se já terminou, durante quanto tempo foi às consultas?	1-menos 6 meses 2-até 12 meses 3-até 18 meses 4-mais de 18 meses
	21. Deixou de ir à consulta porque	1-decidiu terminar

	22. O motivo para deixar de ir à consulta?	1-conseguiu resolver o problema 2-sentiu que melhorou 3-sentiu que não havia melhoras 4-sentiu que estava a piorar 5-por falta de tempo 6-por questões económicas 7-outro
satisfação geral	23. Se necessitasse, recorreria novamente ao mesmo serviço?	1-sim 2-não

Segundo questionário: *Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)*

O segundo questionário (Anexo B), dirigido a todos os participantes, visa dar uma perspetiva do bem-estar subjetivo da população (relativo à semana que antecede o preenchimento do questionário).

Utilizou-se o Questionário *Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)* constituído por 34 itens e uma escala de resposta tipo Likert entre “nunca” (1), “raramente” (2), “às vezes” (3), “muitas vezes” (4) a “sempre, quase sempre” (5). Em termos psicométricos, esta medida é bastante aceitável (Evans, et al, 2002). Não apresenta diferenças entre amostras clínicas e não-clínicas em termos de consistência interna ao longo dos 34 itens ou nos domínios específicos. Consistência interna e estabilidade teste-reteste são elevadas.

Atualmente encontra-se disponível uma versão portuguesa para adultos que demonstra também boas características psicométricas (Sales, Moleiro, Gonçalves, Silva, Duarte, & Evans, 2008).

Apresenta-se na Tabela 4 a relação entre as dimensões teóricas e os itens do questionário.

Tabela 4

Dimensões teóricas dos itens do Questionário CORE-OM (adaptado de Sales, *et al.*, 2012)

Dimensões	Descritivo do Item	N.Item	Intens.	Ind.
Bem-estar subjetivo	tenho-me sentido bem comigo próprio(a)	4	Baixa	(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) muitas vezes (5) sempre, quase sempre
	tenho-me sentido otimista em relação ao meu futuro	31		
	tenho sentido vontade de chorar	14	Alta	
	senti que os meus problemas são demais para mim	17		
Queixas e Sintomas	Ansiedade	tenho-me sentido tenso(a), ansioso(a) ou nervoso(a)	2	Baixa
		não consegui pôr os meus problemas de lado	20	
		a tensão e a ansiedade não me têm deixado fazer coisas importantes	11	Alta
		senti pânico ou terror	15	
	Depressão	tenho-me sentido culpado(a) pelos meus problemas	30	Baixa
		tenho-me sentido triste	27	
		sinto-me totalmente sem energia ou entusiasmo	5	Alta
		senti-me desesperado(a) ou sem saída	23	
	Físico	tenho-me sentido incomodado(a) com dores, mal-estar ou outros problemas físicos	8	Baixa
		tenho dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite	18	
	Trauma	tenho tido pensamentos e sentimentos que não quero ter e que me perturbam	13	Alta
		tenho-me sentido perturbado(a) por imagens ou recordações que não quero ter	28	
Funcionamento	Geral	senti-me bem com as coisas que consegui fazer	12	Baixa
		tenho sido capaz de fazer a maior parte das coisas que preciso	21	
		tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal	7	Alta
		tenho conseguido as coisas que queria	32	
	Relações Próximas	senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda se precisar	3	Baixa
		senti que tenho pessoas de quem gosto	19	
		tenho-me sentido terrivelmente sozinho(a) e isolado(a)	1	Alta
		senti que não tinha amigos	26	
	Social	tenho-me sentido criticado(a) por outras pessoas	25	Baixa
		tenho-me sentido mais facilmente irritável quando estou com outras pessoas	29	
		tem-me custado muito falar com outras pessoas	10	Alta
		senti-me humilhado(a) ou envergonhado(a) por outras pessoas	33	
Comportamento Risco	Próprio	pensei que era melhor se eu estivesse morto(a)	24	Baixa
		pensei em fazer mal a mim próprio(a)	9	
		fiz planos para acabar com a minha vida	16	Alta
		fiz mal a mim próprio(a) fisicamente ou pus a minha saúde gravemente em risco	34	
	Outros	fui violento(a) fisicamente com outras pessoas	6	Alta
		ameacei ou fiz alguém sentir medo	22	

Terceiro questionário: Avaliação da Satisfação de utentes de Psicologia Clínica e Psicoterapia (ASPP)

O terceiro questionário (Anexo C), dirigido apenas aos participantes que já recorreram ao serviço de psicologia ou psicoterapia, visa medir o grau de satisfação relativamente aos diferentes aspetos da consulta e de interação profissional de saúde/utente, referente à última vez que recorreu a uma consulta de psicologia ou psicoterapia. Tal como o primeiro questionário (ICCPP), este foi construído integralmente para efeitos do presente estudo e decidiu-se denominá-lo de ASPP (Avaliação da Satisfação em Psicologia ou Psicoterapia). É um instrumento constituído por 18 itens e um espaço de questão aberta. Numa escala de resposta tipo Likert entre “muito insatisfeito/a” (1), “insatisfeito/a” (2), “indiferente” (3), “satisfeito/a” (4) a “muito satisfeito/a” (5).

O modelo teórico de base subjacente à construção deste questionário é o modelo de Donabedian (1988) que permite avaliar a satisfação com a qualidade em três dimensões (estrutura, processo e resultado). Foram criados 6 itens para avaliar cada uma destas dimensões, uma vez que uma dimensão medida através de vários itens terá maior rigor e estará sujeita a um menor grau de erro. Assim, a dimensão estrutura é avaliada pelos itens 1 ao 6 (inclusive), a dimensão processo é avaliada pelos itens 7 ao 12 (inclusive) e a dimensão resultado é avaliada pelos itens 13 ao 18 (inclusive). O conteúdo dos itens baseou-se numa recolha de aspetos a incluir em cada uma das dimensões, após uma revisão de literatura acerca de cada uma delas, e também de itens de alguns questionários de avaliação da satisfação.

Optou-se por resposta fechada pela facilidade de tratamento de dados e consequentemente de apresentação de resultados estatísticos. As instruções para preenchimento do questionário tiveram que ser obrigatoriamente por escrito, pela sua operacionalização, mas elaboradas de acordo com sugestões referidas por Moreira (2004). Foram tomadas as devidas precauções no tipo de letra (legível e de tamanho adequado). No envio por email enviaram-se as instruções e o pedido de participação no corpo do email e o instrumento em Word e Excel para que o participante escolhesse o formato que lhe fosse mais conveniente. Na entrega por mão própria, foi impresso em papel branco (A4) 4 páginas, a primeira com o pedido de participação (como garante das mesmas instruções a todos os participantes) e o instrumento com as devidas instruções nas três restantes, pela sua ordem de preenchimento e agrafadas para que não se alterasse a ordem, nem se perdessem folhas.

A elaboração dos itens para o questionário ASPP teve como base o Modelo de Donabedian (1988) que preconiza três dimensões (estrutura, processo e resultados), e decidiu-

se acrescentar a dimensão satisfação geral pelo que se fez no questionário ICCPP, nos itens 19 (Recomendaria a familiares ou amigos o mesmo serviço?) e 23 (Se necessitasse, recorreria novamente ao mesmo serviço?), para não violar o Modelo original de Donabedian (1988) e ao mesmo tempo para não tornar o ASSP muito grande e dissuasor de preenchimento, ficando o ASSP com o total de 18 itens.

Apresenta-se na Tabela 5 a relação entre as dimensões teóricas e os itens do questionário.

Tabela 5

Dimensões teóricas dos itens do Questionário ASSP

Dimensões	Descritivo do Item	N.º Item	Ind.
Estrutura	às informações fornecidas num primeiro contato com o Psicólogo/Psicoterapeuta	1	(4) satisfeito
	ao número total das consultas	2	
	ao intervalo de tempo entre as consultas	3	
	à duração de tempo de cada consulta	4	
	às condições gerais do gabinete (aspecto, conforto, privacidade)	5	
	à pontualidade e assiduidade do Psicólogo/Psicoterapeuta	6	
Processo	ao apoio que o Psicólogo/Psicoterapeuta lhe deu	7	(3) indiferente
	à compreensão demonstrada pelo Psicólogo/Psicoterapeuta acerca das suas preocupações	8	
	ao interesse demonstrado pelo Psicólogo/Psicoterapeuta pelos seus problemas	9	
	à linguagem utilizada pelo Psicólogo/Psicoterapeuta	10	
	à intervenção e estratégias adoptadas pelo Psicólogo/Psicoterapeuta	11	
	à competência e à preparação do Psicólogo/Psicoterapeuta	12	
Resultado	ao desfecho do problema que o/a fez procurar a(s) consulta(s) de psicologia/psicoterapia	13	(2) satisfeito
	ao desenlace de outros problemas que foram surgindo no decorrer do processo	14	
	às mudanças na sua vida influenciadas pela(s) consulta(s) de psicologia/psicoterapia	15	
	aos progressos que foi sentindo ao longo do processo	16	
	à sua forma de lidar com os problemas e as preocupações do dia-a-dia	17	
	a aspectos da sua vida que não foram focados nas consultas de psicologia/psicoterapia	18	
			(1) muito insatisfeito

A nota *score* varia entre 0 - 30 para uma avaliação por dimensão e 0 - 90 para o questionário total. Assim, para uma escala: (I) que visa avaliar a satisfação com a qualidade de uma dimensão, seja qual for, o nível: i) de 0 a 5 revela muita insatisfação; ii) de 6 a 11 revela insatisfação; iii) de 12 a 17 revela indiferença; iv) de 18 a 23 revela satisfação; e vi) de 24 a 30 revela muita satisfação - considera-se insatisfação resultados abaixo dos 11 e satisfação acima dos 18; e (II) que visa avaliar a satisfação com a qualidade total, o nível: i)

de 0 a 18 revela muita insatisfação; ii) de 18 a 35 revela insatisfação; iii) de 36 a 53 revela indiferença; iv) de 54 a 71 revela satisfação; e vi) de 72 a 90 revela muita satisfação - considera-se insatisfação resultados abaixo dos 35 e satisfação acima dos 54.

Procedimento: Recolha de Dados

Delineamento: o momento da avaliação

O momento de avaliação da satisfação pode ser durante a intervenção (Sheikh & Meakin, 1990, Rothwell, Lorimer & McKechnie, 1989, cited in Stallard, 1996, p. 333-348), logo após a intervenção (Stallard, Hudson & Davis, 1992) ou passados 2 ou 3 anos da intervenção (Thomas & Hardwick, 1989, cited in Stallard, 1996, p. 333-348). No caso do presente estudo, como o objetivo seria abranger o maior número de sujeitos possível de forma a permitir responder às questões de investigação lançadas, não se tomou em linha de conta este fator. Consideraram-se todos os sujeitos que já tivessem recorrido a uma consulta de psicologia ou psicoterapia, sendo que na construção do questionário ICCPP e do instrumento de avaliação da satisfação ASPP tomou-se em consideração o facto de poderem ser aplicados em qualquer momento da intervenção, e juntos ou em separado, dependendo se já se conhece ou não o sujeito ou a amostra a avaliar. Ainda, o questionário ICCPP permite quantificar: (i) os sujeitos que se encontravam em acompanhamento no momento da avaliação; (ii) os que já recorreram a um acompanhamento regular de mais de 4 consultas e quantas vezes o fizeram (iii) os que já finalizaram a intervenção; e os (iv) os que nunca recorreram e sentiram, ou não, necessidade em recorrer.

No procedimento de recolha de dados destacam-se duas etapas fundamentais: pré-teste (primeiro passo) e aplicação dos questionários à população alvo (segundo passo).

Primeiro Passo: Realização do Pré-teste

Antes da aplicação da tríade instrumental à população alvo, foi realizado um pré-teste para verificar a clareza e a objetividade do instrumento construído (Fortin, 1999). Na sua maioria com profissionais de saúde da área pela sua sensibilidade para o tipo de itens, o que se revelou uma preciosa ajuda para a simplicidade dos itens. E com o público em geral, que permitiu coordenar a ordem dos itens de forma a facilitar o entendimento das instruções. Pois são três questionários, mas os sujeitos que nunca recorreram ao serviço de psicologia ou

psicoterapia só deveriam preencher metade do primeiro questionário e a totalidade do segundo, enquanto os sujeitos que já recorreram deveriam preencher os três questionários.

Explicou-se aos 12 sujeitos o objetivo do estudo, garantiu-se o anonimato e a confidencialidade. Após a aceitação, a tríade instrumental foi-lhes enviada via email, exatamente como se pressupunha que seguisse para a população alvo. Reunidas as respostas, procedeu-se à reflexão, à discussão e às devidas alterações até chegar à forma final¹.

Segundo Passo: Aplicação da tríade instrumental à população alvo

A aplicação da tríade instrumental deu-se entre Abril e Junho de 2012, calculando-se como tempo médio de preenchimento, 10 a 15 minutos. Enviou-se a todos os contatos pessoais e profissionais ativos disponíveis via email (1799 emails) e presencialmente através de duas psicólogas que se disponibilizaram na recolha de dados em dois Centros de Saúde de Lisboa e pela própria investigadora que se encontrava na altura a estagiar nas mesmas.

Dos 228 participantes, 164 (72%) respostas foram obtidas via email (adesão de 9,12%) e as restantes 64 (28%), pessoalmente. Segundo Tinsley e Tinsley (1987, cited in Moreira, 2004, p. 406) para garantir a confiança nos resultados a dimensão da amostra deveria ser entre 5 a 10 pessoas por cada item, como o instrumento criado tem 18 itens, interessava uma amostra entre 90 a 180 sujeitos, pelo que os 228 reunidos satisfizeram em pleno as expectativas, até porque não deveria exceder os 300 sujeitos, uma vez que acima desse número, Tinsley e Tinsley (1987, cited in Moreira, 2004, p. 406), refere que os erros aleatórios de medição têm tendência a anular-se, tal como os parâmetros dos itens e dos testes têm tendência a estabilizar, e por este motivo deixa de ser importante o aumento da dimensão da amostra.

¹ i) No questionário ICCPP mudou-se a ordem dos dois itens que pretendem avaliar a satisfação geral, pois encontravam-se ambos no final do questionário não abrangendo assim todos os sujeitos que já tivessem recorrido ao serviço psicologia e psicoterapia, e colocou-se um item dirigido a todos os sujeitos que já tivessem recorrido às consultas e outro para quem já tivesse terminado a intervenção; ii) Nos questionários CORE-OM e ASPP, no final, acrescentou-se um espaço de questão aberta para os participantes que pretendessem deixar alguma sugestão ou opinião; iii) No questionário ASPP acrescentou-se às respostas da escala tipo Likert imagens elucidativas do descritivo para uma perceção mais imediata do sentido das mesmas; Das reformulações efetuadas, resultou a tríade instrumental: o Questionário ICCPP (Anexo A) especificamente criado para complementar o Questionário construído para Avaliação da Satisfação dos utentes, clientes e pacientes de Psicologia e Psicoterapia (ASPP) (Anexo C) e o Questionário *Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure* (CORE-OM) (Anexo B).

Aplicação: via email

Para o envio da tríade instrumental via email, criou-se um endereço de email que foi facultado aos participantes, juntamente com a password e as instruções necessárias (Anexo D) de forma a usarem esse email para o envio da tríade devidamente preenchida e assim garantir o anonimato e a confidencialidade², para evitar problemas relacionados com respostas socialmente aceites (Fitzpatrick, 1993).

Aplicação: pessoalmente

Contou-se também com a participação de muitos utentes de dois Centros de Saúde em Lisboa, que se disponibilizaram a preencher a tríade instrumental, acompanhada das devidas instruções escritas (Anexo E) para evitar enviesamentos.

Terceiro Passo: Introdução de Dados e Testes Estatísticos

Reunidas as 228 tríades, deu-se início à inserção de dados num software de tratamento de dados em estatística (SPSS 18), não só para verificação da validade e fidedignidade do instrumento criado (ASPP), bem como para proceder a uma análise descritiva e de correlação.

O presente estudo para além da estatística descritiva e testes psicométricos, utilizou os seguintes testes estatísticos: Correlação, ANOVAs, análise fatorial e Alfa de Cronbach.

² Foi interessante constatar que a maior parte dos participantes ignorou esta questão e acabou por enviar a tríade preenchida através do seu próprio email, e alguns deles ainda se disponibilizaram e reencaminharam-na para os amigos e conhecidos para que pudessem também eles participar neste estudo. Por este motivo, não se sabe a quantos sujeitos chegou esta tríade.

Resultados

Avaliação das propriedades psicométricas do questionário ASPP:

1. Avaliou-se a validade através da análise fatorial, por se ter optado por um questionário multidimensional.

2. Avaliou-se os níveis de fidelidade através do coeficiente de consistência interna do questionário através da análise do Alpha de Cronbach, o que permite afirmar que há correlação entre os itens de cada uma das dimensões. Os dados de consistência interna foram calculados em cada uma das dimensões do questionário, dado este ser multidimensional.

Medição da fidelidade e validade do ASPP

Realizou-se uma análise fatorial de componentes principais usando os 18 itens do ASPP. Verifica-se que o Kaiser-Meyer-Olkin da escala dos 18 itens apresenta um valor superior a 0,7 (Tabela 6), pelo que para a continuação da análise fatorial mantêm-se os 18 itens. O valor do sig do Bartlett's Teste of Sphericity é inferior a 0,05, conforme Tabela 6.

Tabela 6

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's Test of Sphericity

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,913
Approx. Chi-Square		1276,524
Bartlett's Test of Sphericity	df	153
	Sig.	,000

Variância da escala

Ao sugerir a apresentação da variância de três fatores, verifica-se que juntos explicam 67% da variância total da escala: o fator 1 explica 51,5%, o fator 2 explica 9,2% e o fator 3 explica 6,6% da variância, conforme Tabela 7.

Tabela 7

Variância da escala a três fatores

Fator	Total Variance Explained								
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared			Rotation Sums of Squared		
				Loadings			Loadings		
	Total	% of	Cumulative	Total	% of	Cumulative	Total	% of	Cumulative
		Variance	%		Variance	%		Variance	%
1	9,268	51,487	51,487	9,268	51,487	51,487	4,461	24,782	24,782
2	1,664	9,244	60,731	1,664	9,244	60,731	4,424	24,580	49,362
3	1,194	6,632	67,363	1,194	6,632	67,363	3,240	18,001	67,363

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Conforme Tabela 8, verifica-se que os itens 13, 14, 15, 16, 17, 18 constituem o fator 1 que corresponde à dimensão “satisfação com os resultados”, os itens 7, 8, 9, 10, 11, 12 constituem o fator 2 que corresponde à dimensão “satisfação com o processo”, e os itens, 1, 2, 3, 4, 5 e 6 constituem o fator 3 que corresponde à dimensão “satisfação com a estrutura”.

Tabela 8

Verificação dos itens relativamente aos fatores

Rotated Component Matrix^a			
	Fatores		
	1	2	3
ASPP_16 “progressos que foi sentindo ao longo do processo”	,796	,351	
ASPP_17 “forma de lidar com os problemas e as preocupações do dia-a-dia”	,790	,229	
ASPP_15 “mudanças na sua vida influenciadas pela(s) consulta(s) de psicologia/psicoterapia”	,778	,439	
ASPP_14 “desenlace de outros problemas que foram surgindo no decorrer do Processo”	,761	,292	
ASPP_13 “desfecho do problema que o/a fez procurar a(s) consulta(s) de psicologia/psicoterapia”	,742	,201	
ASPP_18 “aspectos da sua vida que não foram focados nas consultas de psicologia/psicoterapia”	,545	,229	,475
ASPP_8 “compreensão demonstrada pelo Psicólogo/Psicoterapeuta acerca das suas preocupações”	,262	,860	,264
ASPP_9 “interesse demonstrado pelo Psicólogo/Psicoterapeuta pelos seus Problemas”	,284	,820	,278
ASPP_12 “competência e à preparação do Psicólogo/Psicoterapeuta”	,339	,760	,315
ASPP_10 “linguagem utilizada pelo Psicólogo/Psicoterapeuta”	,346	,735	,293
ASPP_7 “apoio que o Psicólogo/Psicoterapeuta lhe deu”	,401	,710	,373
ASPP_11 “intervenção e estratégias adoptadas pelo Psicólogo/Psicoterapeuta”	,449	,694	,302
ASPP_3 “intervalo de tempo entre as consultas”			,759
ASPP_4 “duração de tempo de cada consulta”		,213	,707
ASPP_1 “informações fornecidas num primeiro contato com o Psicólogo/Psicoterapeuta”	,201	,398	,666
ASPP_2 “número total das consultas”	,577		,595
ASPP_6 “pontualidade e assiduidade do Psicólogo/Psicoterapeuta”		,339	,567
ASPP_5 “condições gerais do gabinete (aspecto, conforto, privacidade)”			,415

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Fidelidade e consistência interna das escalas

O Alpha de Cronbach's, referente à dimensão “satisfação com os resultados” (fator 1), apresenta um valor superior a 0,7 (Tabela 9).

Tabela 9

Alpha de Cronbach's referente à dimensão “satisfação com os resultados” (fator 1)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,898	6

Ao analisar os valores referentes à correlação entre itens da dimensão “satisfação com os resultados”, não se verifica a necessidade de retirar nenhum item, conforme Tabela 10 em anexo (Anexo F).

O Alpha de Cronbach's, referente à dimensão “satisfação com o processo” (fator 2), apresenta um valor superior a 0,7 (Tabela 11).

Tabela 11

Alpha de Cronbach's referente à dimensão “satisfação com o processo” (fator 2)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,946	6

Ao analisar os valores referentes à correlação entre itens da dimensão “satisfação com o processo”, não se verifica a necessidade de retirar nenhum item, conforme Tabela 12 em anexo (Anexo G).

O Alpha de Cronbach's, referente à dimensão “satisfação com a estrutura” (fator 3), apresenta um valor superior a 0,7 (Tabela 13).

Tabela 13

Alpha de Cronbach's referente à dimensão "satisfação com a estrutura" (fator 3)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,774	6

Ao analisar os valores referentes à correlação entre itens da dimensão "satisfação com a estrutura", não se verifica a necessidade de retirar nenhum item, conforme Tabela 14 em anexo (Anexo H).

Correlações entre as escalas do ASPP

Como se pode verificar na Tabela 15, as sub-escalas do ASPP estão todas fortemente inter-relacionadas positivamente e significativamente, sendo que as escalas de satisfação com os resultados e satisfação com o processo tem a correlação mais forte ($r = .72$). Deste modo justifica-se também a possibilidade de uma escala global que inclua todos os itens.

Tabela 15

Correlações entre as escalas do ASPP

	Satisfação com a Estrutura	Satisfação com o Processo
Satisfação com o Processo	,670**	
Satisfação com os Resultados	,572**	,716**

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

O Alpha de Cronbach's, referente ao resultado global da escala, apresenta um valor superior a 0,7 (Tabela 16).

Tabela 16

Alpha de Cronbach's referente ao resultado global da escala

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,938	18

Ao analisar os valores referentes à correlação entre itens do resultado global da escala, não se verifica a necessidade de retirar nenhum item, conforme Tabela 17.

Tabela 17

Alpha de Cronbach's Vs Correlação dos itens referente ao resultado global da escala

	Item-Total Statistics			
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ASPP_1	68,63	107,763	,657	,935
ASPP_2	68,88	106,169	,636	,936
ASPP_3	68,83	109,562	,535	,937
ASPP_4	68,78	108,089	,524	,938
ASPP_5	68,79	113,761	,281	,942
ASPP_6	68,54	111,670	,462	,939
ASPP_7	68,52	105,026	,827	,932
ASPP_8	68,44	106,399	,774	,933
ASPP_9	68,40	107,018	,772	,933
ASPP_10	68,39	108,370	,761	,934
ASPP_11	68,66	104,012	,812	,932
ASPP_12	68,50	105,500	,791	,932
ASPP_13	69,02	106,193	,609	,936
ASPP_14	69,01	105,408	,677	,935
ASPP_15	68,82	105,117	,770	,933
ASPP_16	68,78	106,412	,728	,934
ASPP_17	69,00	107,161	,628	,936
ASPP_18	69,21	106,255	,676	,935

Correlações entre a Satisfação com o serviço (ASPP) e Níveis de bem-estar e Sintomatologia (CORE-OM)

De modo a verificar se a satisfação dos utentes medida pelo ASSP se correlaciona com os níveis de bem-estar, problemas/sintomas e distress global medidos pelo CORE-OM, foram realizadas correlações entre as três principais escalas do CORE-OM e as três escalas do ASPP.

Tabela 18

Correlações entre a Satisfação com o Serviço (ASPP) e Níveis de bem-estar e Sintomatologia (CORE_OM)

	Satisfação Global	Satisfação Estrutura	Satisfação Processo	Satisfação Resultados
Distress Global (CORE-OM)	-,030	,001	,103	-,173*
Problemas/Sintomas (CORE-OM)	-,012	,011	,134	-,168*
Bem-estar (CORE-OM)	,073	-,001	-,042	,218*

Como se pode verificar na Tabela 18, a escala de “satisfação com os resultados” pelo ASPP está correlacionada positivamente de forma significativa com “bem-estar”, e negativamente correlacionada com “problemas/sintomas” e com “distress global” medidos pelo CORE-OM. Nenhuma das outras escalas de satisfação do ASPP demonstraram correlações significativas com as escalas do CORE-OM.

Análise das Hipóteses de Investigação

Seguidamente apresentam-se os resultados referentes às hipóteses colocadas:

Foram realizadas Análises de Variância para testar as hipóteses. Em primeiro lugar são apresentadas as tabelas com estatísticas descritivas e gráficos referentes a cada categoria de participantes, e em seguida os resultados dos testes Post-Hoc das ANOVAs.

Hipótese 1 (H1)

Na Tabela 19, verifica-se que o GNR_S/Necess apresenta níveis mais altos de “bem-estar” subjetivo e níveis inferiores de “distress global” e de “problemas/sintomas” que os GNR_C/Necess e GR_Insatisfeito, e níveis de “bem-estar” subjetivo superiores ao GR_Satisfeito. Existem diferenças significativas entre as médias dos grupos nas três escalas do CORE-OM. Os gráficos (Figuras 1, 2 e 3) ilustram essas diferenças

Tabela 19

Média dos Grupos (Categoria de Participante) nas três escalas do CORE-OM

Escalas (CORE-OM)	Categoria de Participante	<i>n</i>	Mean	Std. Deviation	F
Distress Global (CORE-OM)	GNR_S/Necess	87	1,6697	,33832	19.40
	GNR_C/Necess	34	2,0657	,54209	
	GR_Insatisfeito	32	2,3990	,64055	
	GR_Satisfeito	46	2,1274	,64215	
Problemas/ Sintomas (CORE-OM)	GNR_S/Necess	87	1,8592	,43158	20.05
	GNR_C/Necess	34	2,3897	,65157	
	GR_Insatisfeito	32	2,7969	,81703	
	GR_Satisfeito	46	2,4262	,81590	
Bem-estar (CORE-OM)	GNR_S/Necess	87	2,1839	,51498	13.95
	GNR_C/Necess	34	1,6250	,67894	
	GR_Insatisfeito	32	1,3724	,85404	
	GR_Satisfeito	46	1,7699	,78650	

Legenda: GNR_S/Necess - Grupo nunca recorreu e nunca sentiu – sem - necessidade de recorrer

GNR_C/Necess - Grupo nunca recorreu mas já sentiu – com - necessidade de recorrer

GR_Insatisfeito - Grupo frequenta ou frequentou serviços e Baixa Satisfação com os resultados

GR_Satisfeito - Grupo frequenta ou frequentou serviços e Alta Satisfação com os resultados

As Figuras 1 e 2 mostram que o GR_Insatisfeito revela níveis mais elevados de “distress global” e “problemas/sintomas” que os restantes Grupos, enquanto que o GNR_S/Necess revela níveis mais baixos que todos os outros Grupos. O GNR_C/Necess revela níveis semelhantes ao GR_Satisfeito.

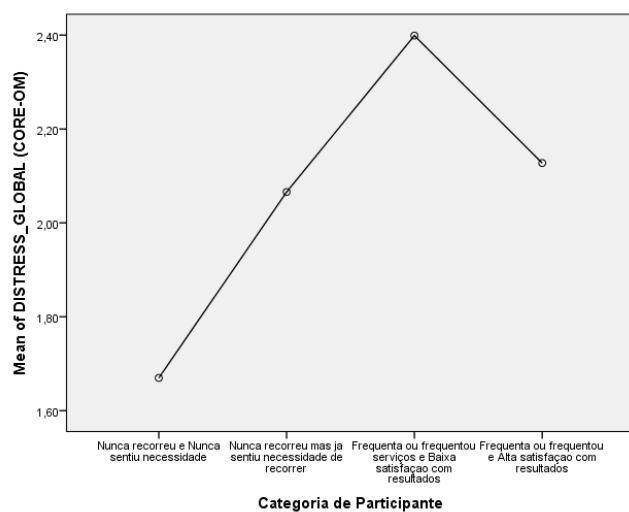


Figura 1 Média dos Grupos (Categoria de Participante) na escala “Distress Global” do CORE-OM

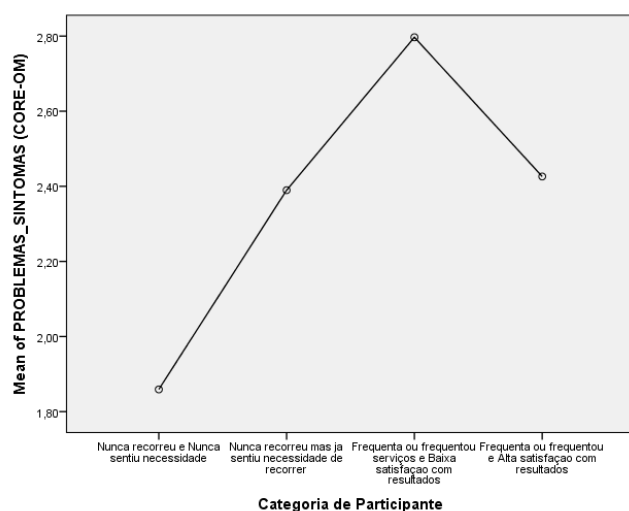


Figura 2 Média dos Grupos (Categoria de Participante) na escala “Problemas/Sintomas” do CORE-OM

A Figura 3 mostra que o GR_Insatisfeito revela níveis mais baixos de “bem-estar” subjetivo que os restantes Grupos, enquanto que o GNR_S/Necess revela níveis mais elevados que todos os outros Grupos. O GNR_C/Necess revela níveis mais próximos, mas inferiores ao GR_Satisfeito

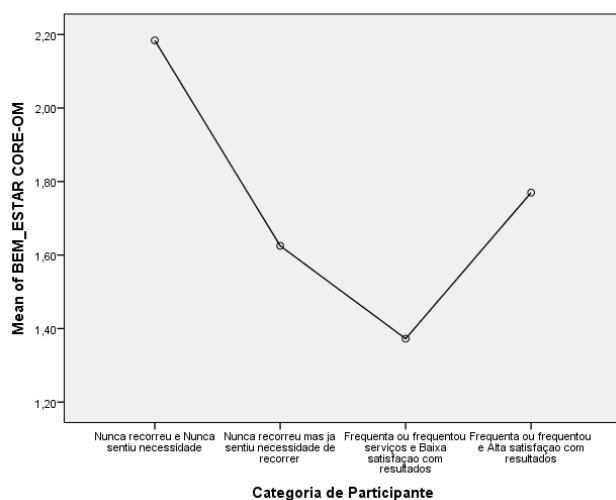


Figura 3 Média dos Grupos (Categoria de Participante) na escala “Bem-estar” do CORE-OM

A Tabela 20 apresenta os resultados dos testes Post-Hoc, para verificar entre que categorias de participantes existem diferenças significativas:

Na escala “distress global” e de “problemas/sintomas”: (i) o GNR_S/Necess apresenta níveis inferiores a todos os outros Grupos, sendo a diferença mais significativa com o GR_Insatisfeito, e também com maior significância estatística para a população; (ii) o GNR_C/Necess apresenta níveis inferiores ao GR_Insatisfeito, mas superiores ao GNR_S/Necess; (iii) o GR_Insatisfeito apresenta níveis superiores a todos os outros grupos, sendo a diferença maior com o GNR_S/Necess, e também com maior significância estatística para a população; e (iv) o GR_Satisfeito apresenta níveis inferiores ao GR_Insatisfeito, mas superiores ao GNR_S/Necess.

Na escala “bem-estar” subjetivo: (i) o GNR_S/Necess apresenta níveis superiores a todos os outros Grupos, sendo a diferença maior com o GR_Insatisfeito, e também com maior significância estatística para a população; (ii) o GNR_C/Necess apresenta níveis inferiores ao GNR_S/Necess e ao GR_Satisfeito; (iii) o GR_Insatisfeito apresenta níveis inferiores a todos os outros Grupos, sendo a diferença maior com o GNR_S/Necess, e também com maior significância estatística para a população; e (iv) o GR_Satisfeito apresenta níveis inferiores ao GNR_S/Necess, mas superiores ao GR_Insatisfeito.

Tabela 20

ANOVA entre Categorias de Participante e as três escalas do CORE-OM

Dependent Variable	(I) Categoria Participante	(J) Categoria Participante	Mean Difference (I-J)	Sig.
Distress Global (CORE-OM)	GNR_S/Necess	GNR_C/Necess	-,39603*	,000
		GR_Insatisfeito	-,72933*	,000
		GR_Satisfeito	-,45772*	,000
	GNR_C/Necess	GNR_S/Necess	,39603*	,000
		GR_Insatisfeito	-,33329*	,009
		GR_Satisfeito	-,06169	,594
	GR_Insatisfeito	GNR_S/Necess	,72933*	,000
		GNR_C/Necess	,33329*	,009
		GR_Satisfeito	,27160*	,022
	GR_Satisfeito	GNR_S/Necess	,45772*	,000
		GNR_C/Necess	,06169	,594
		GR_Insatisfeito	-,27160*	,022
Problemas/ Sintomas (CORE-OM)	GNR_S/Necess	GNR_C/Necess	-,53051*	,000
		GR_Insatisfeito	-,93768*	,000
		GR_Satisfeito	-,56702*	,000
	GNR_C/Necess	GNR_S/Necess	,53051*	,000
		GR_Insatisfeito	-,40717*	,011
		GR_Satisfeito	-,03651	,802
	GR_Insatisfeito	GNR_S/Necess	,93768*	,000
		GNR_C/Necess	,40717*	,011
		GR_Satisfeito	,37066*	,013
	GR_Satisfeito	GNR_S/Necess	,56702*	,000
		GNR_C/Necess	,03651	,802
		GR_Insatisfeito	-,37066*	,013
Bem-estar (CORE-OM)	GNR_S/Necess	GNR_C/Necess	,55891*	,000
		GR_Insatisfeito	,81151*	,000
		GR_Satisfeito	,41398*	,001
	GNR_C/Necess	GNR_S/Necess	-,55891*	,000
		GR_Insatisfeito	,25260	,129
		GR_Satisfeito	-,14493	,343
	GR_Insatisfeito	GNR_S/Necess	-,81151*	,000
		GNR_C/Necess	-,25260	,129
		GR_Satisfeito	-,39753*	,011
	GR_Satisfeito	GNR_S/Necess	-,41398*	,001
		GNR_C/Necess	,14493	,343
		GR_Insatisfeito	,39753*	,011

Legenda: GNR_S/Necess - Grupo nunca recorreu e nunca sentiu – sem - necessidade de recorrer

GNR_C/Necess - Grupo nunca recorreu mas já sentiu – com - necessidade de recorrer

GR_ Insatisfeito - Grupo frequenta ou frequentou serviços e Baixa Satisfação com os resultados

GR_Satisfeito - Grupo frequenta ou frequentou serviços e Alta Satisfação com os resultados

Hipótese 2 (H2)

Conforme Tabela 21, com significância estatística verifica-se que os utentes de serviço público sentem-se em média significativamente mais satisfeitos com o processo terapêutico, não havendo diferenças significativas nas outras dimensões da satisfação.

Tabela 21

Diferenças de Satisfação entre tipo de serviço Público e Privado

Escala de Satisfação do ASPP	Serviço	N	Mean	Std. Deviation	F	sig
Satisfação Global	público	53	4,1405	,47775	2,510	,116
	privado	49	3,9560	,68658		
Satisfação com a Estrutura	público	53	4,0805	,56165	,391	,533
	privado	49	4,0068	,62819		
Satisfação com o Processo	público	53	4,4465	,53885	5,232	,024
	privado	49	4,1361	,81414		
Satisfação com os Resultados	público	53	3,8906	,57929	1,337	,250
	privado	49	3,7238	,86029		

Uma vez que as variáveis periodicidade das consultas, duração de cada consulta e duração total da intervenção são variáveis que são medidas em escala ordinal, foram realizadas correlações não-paramétricas de Spearman entre elas e as escalas de satisfação.

Verificam-se na Tabela 22 correlações significativas entre maior duração temporal de cada consulta e satisfação global e satisfação com o processo, bem como entre maior duração de intervenção e satisfação global e satisfação com os resultados. Não foram encontradas diferenças significativas nas variáveis: tipo de encaminhamento, na toma de medicação, periodicidade das consultas e de quem decidiu o término da intervenção.

Tabela 22

Correlações entre a Satisfação do Serviço (ASPP) e fatores periodicidade, duração da consulta e da intervenção

	Satisfação Global	Satisfação Estrutura	Satisfação Processo	Satisfação Resultados
Qual a periodicidade da(s) consulta(s)?	,105	,108	,102	,072
Qual a duração da consulta?	,169*	,113	,192*	,109
Se já terminou, durante quanto tempo foi às consultas?	,230*	,198	,206	,246*

Hipótese 3 (H3)

Como se pode verificar na Tabela 23, os utentes que recomendariam o serviço a familiares e amigos tem significativamente maior satisfação média em todas as escalas de satisfação.

Tabela 23

Diferenças de Satisfação entre os participantes que recomendariam ou não o serviço

Recomendaria o serviço a familiares e amigos?	N	Mean	Std. Deviation	F	sig
Satisfação Global	sim	96	4,1176	,52158	
	não	6	3,0000	,70185	24,917 .00
Satisfação Estrutura	sim	96	4,0896	,57459	
	não	6	3,3333	,42164	10,013 .00
Satisfação Processo	sim	96	4,3733	,60734	
	não	6	3,0833	,99303	23,507 .00
Satisfação Resultados	sim	96	3,8872	,64606	
	não	6	2,5833	,94133	21,777 .00

Conforme Tabela 24, os utentes que recorreriam ao mesmo serviço têm significativamente maior satisfação média em todas as escalas da satisfação.

Tabela 24

Diferenças de Satisfação entre os participantes que recorreriam ou não ao mesmo serviço

Recorreria ao mesmo serviço?		N	Mean	Std. Deviation	F	sig
Satisfação Global	sim	42	4,0287	,52129	23,417	.00
	não	9	3,0617	,64815		
Satisfação Estrutura	sim	42	4,0238	,54046	11,810	.00
	não	9	3,3704	,37986		
Satisfação Processo	sim	42	4,1468	,54126	18,594	.00
	não	9	3,1481	,96625		
Satisfação Resultados	sim	42	3,9135	,66703	23,669	.00
	não	9	2,6667	,83749		

Hipótese 4 (H4)

Não se encontra qualquer correlação significativa entre os resultados da avaliação da satisfação nas três escalas e a idade dos utentes (conforme Tabela 25, Anexo I), nem qualquer diferença significativa entre géneros (conforme Tabelas 27, Anexo K e 28, Anexo L), sendo que o género feminino apresenta sempre um nível de satisfação ligeiramente superior ao género masculino, em todas as escalas da satisfação embora não atinja significância estatística (conforme Tabela 26, Anexo J).

A percepção dos participantes da necessidade em recorrer a Psicologia ou Psicoterapia

Dos 228 sujeitos, 53,9% nunca recorreu aos serviços de Psicologia ou Psicoterapia, mas 28,5% admite já ter sentido essa necessidade, contra 71,5% que tem a percepção de nunca terem sentido essa necessidade. Do universo total da amostra, 46,1% dos sujeitos já recorreram ao serviço de Psicologia ou Psicoterapia, praticamente na mesma proporção quer no setor público (52%), quer no setor privado (48%), conforme Tabela 29.

Tabela 29

Comparação da amostra: quem nunca recorreu com quem já recorreu

		Nunca recorreu, mas sentiu necessidade?				Já recorreu a que setor?			
		sim (n=35 - 28,5%)		não (n=88 - 71,5%)		público (n=53 - 52%)		privado (n=49 - 48%)	
Item	Indicadores	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade	15 - 29 anos	9	25,7%	10	10,0%	14	26,4%	12	24,5%
	30 - 39 anos	9	25,7%	29	33,0%	11	20,8%	11	22,4%
	40 - 49 anos	13	37,1%	31	35,2%	7	13,2%	16	32,7%
	50 - 59 anos	3	8,6%	13	14,8%	15	28,3%	8	16,3%
	60 - 69 anos	1	2,9%	5	5,7%	4	7,5%	2	4,1%
	70 - 80 anos	0	0,0%	0	0,0%	2	3,8%	0	0,0%
Género	feminino	25	71,4%	53	60,2%	38	71,7%	38	77,6%
	masculino	10	28,6%	35	39,8%	15	28,3%	11	22,4%
Habilitações Literárias	escol. primária	0	0,0%	1	1,1%	1	1,9%	0	0,0%
	escol. obrigatória	1	2,9%	3	3,4%	5	9,4%	3	6,1%
	ensino secundário	9	25,7%	23	26,1%	30	56,6%	9	18,4%
	ensino superior	25	71,4%	61	69,3%	17	32,1%	37	75,5%
Situação Profissional	empregado(a)	22	62,9%	73	83,0%	24	45,3%	29	59,2%
	desempregado(a)	4	11,4%	3	3,4%	19	35,8%	7	14,3%
	estudante	7	20,0%	9	10,2%	4	7,5%	9	18,4%
	trab.(a)/estud.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,1%
	reformado(a)	2	5,7%	3	3,4%	6	11,3%	2	4,1%
Estado Civil	casado(a)/ união de facto	21	60,0%	59	67,0%	23	43,4%	23	46,9%
	tem uma relação	9	25,7%	4	4,5%	7	13,2%	6	12,2%
	solteiro(a)	2	5,7%	17	19,3%	15	28,3%	12	24,5%
	divorciado(a) / separado(a)	3	8,6%	8	9,1%	5	9,4%	5	10,2%
	viúvo(a)	0	0,0%	0	0,0%	3	5,7%	3	6,1%
Se tem filhos. Quantos	0 filhos	16	45,7%	38	43,2%	30	56,6%	21	42,9%
	1 filho	8	22,9%	22	25,0%	12	22,6%	14	28,6%
	2 filhos	9	25,7%	19	21,6%	7	13,2%	10	20,4%
	3 filhos	2	5,7%	7	8,0%	3	5,7%	4	8,2%
	4 filhos	0	0,0%	2	2,3%	1	1,9%	0	0,0%
Tem alguma doença diagnosticada	nenhuma	26	74,3%	76	86,4%	23	45,1%	37	75,5%
	física	9	25,7%	11	12,5%	14	27,5%	6	12,2%
	psicológica	0	0,0%	1	1,1%	11	21,6%	6	12,2%
	física/psicológica	0	0,0%	0	0,0%	3	5,9%	0	0,0%

Os participantes que nunca recorreram ao serviço de psicologia ou psicoterapia e que já sentiram necessidade em recorrer, maioritariamente, estão entre os 40 e os 49 anos, tendo frequentado o ensino superior, tal como os que nunca sentiram essa necessidade e os que recorreram ao serviço privado, diferindo dos que recorreram ao serviço público, que maioritariamente está entre os 50 e os 59 anos, tendo frequentado o ensino secundário. Em qualquer das situações, a caracterização mais representativa é o género feminino, empregado, casado ou em união de facto, sem filhos e sem nenhuma doença diagnosticada (Tabela 29).

Algumas considerações pessoais deixadas no espaço em aberto, no final do CORE-OM e do ASPP

Uma pequena percentagem (5,2%) dos sujeitos aproveitou os espaços em aberto no final dos questionários para deixar o seu contributo. A maioria para acrescentar o motivo que levou a iniciar ou a “abandonar” a intervenção. Apresenta-se de seguida a transcrição de três considerações de teor opinativo:

“Falando só por mim, antes de ser seguido por psicólogos não tinha a menor ideia da ajuda concreta e dos benefícios disso.”

“Estou no início de consultas de psicologia, tenho uma certa dificuldade na resposta a algumas questões. De qualquer modo, sinto que estas conversas têm um resultado altamente positivo, sinto-me menos tensa e menos ansiosa.”

“Apesar de nunca ter recorrido pessoalmente a este serviço, alguns membros do meu agregado familiar já o utilizaram e utilizam assiduamente. Considero que a existência de consultas de psicologia e psicoterapia inseridas no nosso SNS fariam poupar ao Estado muitos milhões de euros e contribuiriam para que a população fosse mais saudável consumindo menos medicamentos.”

Discussão

Desenvolveu-se um instrumento, com bons indicadores de validade e fidelidade, para medir a satisfação dos utentes com serviços de Psicologia ou Psicoterapia em Portugal (ASPP). A amostra foi a adequada à aplicação da análise fatorial e existem correlações significativas entre os itens. O valor do Kaiser-Meyer-Olkin da escala dos 18 itens FOI de 0,913 e o valor do sig do Bartlett's Teste of Sphercity foi de 0,00. Os três fatores juntos explicam 67% da variância da escala; (i) o fator 1 (resultados) explica 51,5% da variância, e é constituído pelos itens 13 ao 18; (ii) o fator 2 (processo) explica 9,2% da variância, e é constituído pelos itens 7 ao 12; e (iii) o fator 3 (estrutura) explica 6,6% da variância, e é constituído pelos itens 1 ao 6. As escalas do instrumento estão todas inter-relacionadas positivamente e significativamente, e a análise do valor do Alpha de Cronbach's, indica uma boa consistência interna, desta forma: (i) 0,898 para a escala resultados; (ii) 0,946 para a escala processo; (iii) 0,774 para a escala estrutura; e de (iv) de 0,938 para a escala total, justificando-se assim a possibilidade de uma escala global que inclua os 18 itens inicialmente propostos, com garantia da fidedignidade do instrumento.

O ASPP foi aplicado em conjunto com o ICCPP (questionário caracterização e consulta criado para servir o ASPP) e um instrumento que mede o bem-estar subjetivo, sintomatologia e funcionamento (CORE-OM). Ao correlacionar as escalas de medida do ASPP com os níveis de “bem-estar” subjetivo, “problemas/sintomas” e “distress global” medidos pelo CORE-OM, verifica-se que a escala de “satisfação com os resultados” é a única que está correlacionada significativamente com as escalas do CORE-OM, da seguinte forma: (i) quanto mais “satisfeitas com os resultados” as pessoas ficarem, maior “bem-estar” subjetivo sentem, e vice-versa; e (ii) quanto mais “satisfeitas com os resultados” as pessoas ficarem, menos “problemas/sintomas” e menos “distress global” apresentam, e vice-versa. Estes resultados vão ao encontro da literatura, que refere que sujeitos com reduções sintomáticas significativas ou melhoria significativa, apresentam níveis de satisfação mais elevados em comparação a sujeitos com melhoria sintomática moderada ou nula (Ankuta & Abeles, 1993).

Primeira hipótese (H1)

As pessoas que nunca recorreram e sem necessidade apresentam níveis superiores de “bem-estar” subjetivo e níveis inferiores de “distress global” e de “sintomas/problemas” comparativamente às pessoas que nunca recorreram e com necessidade e às pessoas que recorreram e ficaram insatisfeitas. E ao contrário da hipótese colocada, verificam-se níveis de “bem-estar” subjetivo superiores nas pessoas que nunca recorreram e sem necessidade, comparativamente às pessoas que já recorreram e ficaram satisfeitas.

O facto das pessoas terem recorrido e terem ficado satisfeitas, conferiu-lhes níveis de “bem-estar” subjetivo superiores às pessoas que necessitaram, mas nunca recorreram (embora esta diferença não seja estatisticamente significativa) e assegurou-lhes níveis de “bem-estar” subjetivo muito superiores e níveis de “distress global” e “problemas/sintomas” muito inferiores, às pessoas que recorreram e ficaram insatisfeitas, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Este resultado justifica toda a preocupação e interesse por esta temática, pois a satisfação de um utente face ao serviço de Psicologia ou Psicoterapia, é um indicador e promotor, do seu “bem-estar” subjetivo, contribuindo ainda para a diminuição de níveis de “distress global” e de “problemas/sintomas”.

Segunda hipótese (H2)

Confirma-se que a diferença no sentimento de satisfação difere em função do tipo de serviço usado, sendo que os utentes de serviço público sentem-se em média significativamente mais satisfeitos com o processo terapêutico. Três notas importantes sobre este resultado: (i) a literatura mostra que o processo insere de alguma forma a aliança terapêutica, a competência e a aderência do terapeuta, e estes são três fatores que contribuem para os resultados da intervenção e estão mais associados às diferenças nos resultados que a própria abordagem utilizada na intervenção (Chatoor & Krupnick, 2001), sendo que alianças terapêuticas fortes, conduzem a resultados clínicos melhores (Lambert & Barkley, 2002; Wampold, 2001, cited in Quirk, et al, 2007, p. 96), conduzindo assim a níveis de satisfação mais elevados (Kim, Kim & Boren, 2008); (ii) a literatura defende que há barreiras na expressão da insatisfação e uma delas é o sentimento de gratidão (Sheppard 1994, Etchepareborda 1995, cited in Coyle, 1999, p. 724), ou a aceitação do paternalismo (Williams, 1994, cited in Vaitsman & Andrade, 2005, p. 605) que se pode eventualmente encontrar num serviço público, por ser gratuito (situação que alterou somente em 2012); e (iii) apesar de não

ter sido o foco de investigação, registam-se três diferenças que também poderão estar na base deste resultado: (i) no setor público há mais utentes com o nível de ensino secundário, e no privado prevalece o ensino superior; (ii) no setor público as pessoas em situação de emprego e desemprego é muito mais próxima, e no privado a maioria encontra-se empregada; e (iii) no setor público encontra-se praticamente o dobro das pessoas com doenças físicas e psicológicas, e no privado $\frac{3}{4}$ não apresenta qualquer doença

A diferença no sentimento de satisfação difere também em função da “duração temporal de cada consulta” e da “duração da intervenção”, estando estes dois fatores fortemente correlacionados com a “satisfação global”. A “duração temporal de cada consulta” está fortemente correlacionada com a “satisfação com o processo” e a “duração da intervenção” está fortemente correlacionada com a “satisfação com os resultados”. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Seligman (1995), que na sua investigação concluiu que as intervenções a longo prazo produziam resultados mais significativos que as intervenções de curta duração.

Satisfação com o serviço de Psicologia ou Psicoterapia em Portugal? Confirma-se que os utentes de setor público e privado (níveis superiores no público), sentem-se em média “satisfeitos” (resultados na ordem do valor 4) em todas as dimensões da satisfação (primeiro com o processo, depois com a estrutura e por último com os resultados). Um estudo similar ao de Seligman, mas realizado em Portugal (cited in Vasco, Santos & Silva, 2003) concluiu também que 64% dos utentes ficaram muito satisfeitos com os serviços de Psicologia.

Terceira hipótese (H3)

Confirma-se que, os utentes que recorreram a esta especialidade, e que recomendam o serviço a familiares ou amigos e que sentem que recorreriam ao mesmo serviço caso necessitassem, sentem mais satisfação com a qualidade do serviço. Este resultado vai ao encontro da literatura, que refere que a satisfação do utente é considerada uma consequência da utilização dos serviços, é uma variável determinante no comportamento dos utentes, em recorrer novamente ao mesmo serviço (Franco & Florentim, 2006), pois um utente satisfeito tende a utilizar mais frequentemente o serviço (Westaway, Rheeder, Van Zyl & Seager, 2003) existindo uma relação entre a qualidade dos serviços e a satisfação dos utentes, e a vontade de voltar ao mesmo serviço ou de recomendar a um amigo ou familiar (Brandley, D., Trainor, M. & Thomas, M., 1999), influenciando a intenção do utente em voltar (Lee & Yom, 2006).

Utentes que recomendam e recorreriam ao mesmo serviço, apresentam níveis superiores de satisfação nas dimensões processo e estrutura (por esta mesma ordem), e ligeiramente inferiores na dimensão resultados. A literatura mostra que os preditores mais relevantes da satisfação global do utente são as variáveis de acesso e a componente mais humana dos cuidados, *i.e.*, relações interpessoais e comunicação e informação (o processo), e não a dimensão técnica dos cuidados prestados (McIntyre, et al, 1999). Sublinha-se, mas sem relevância estatística, que quem não recomendaria ou não recorreria ao mesmo serviço, apresentam sentimentos de indiferença nas dimensões processo e estrutura e de insatisfação na dimensão resultados, demonstrando o peso dos resultados na avaliação dos utentes. Poder-se-á constatar, que os utentes tendem a sentir-se mais satisfeitos com o processo e os aspetos a serem melhorados nos serviços de Psicologia e Psicoterapia, estarão relacionados com os resultados.

Quarta hipótese (H4)

Não existem correlações significativas entre os resultados da satisfação e a idade dos utentes, nem qualquer diferença significativa entre géneros. E ao contrário do que se previa, o género feminino apresenta níveis ligeiramente mais elevados de satisfação que o género masculino. Estes resultados não vão ao encontro dos obtidos noutras áreas da saúde, dando a parecer que os próprios utentes consideram esta especialidade numa medida diferente das outras, avaliando-a de forma diferente. Pois a literatura mostra que as características individuais, como a idade e o género (Sitzia & Wood, 1997) podem influenciar o julgamento dos sujeitos, sendo que a satisfação global do utente aumenta com a idade (McIntyre, et al, 1999), os utentes de média idade tendem a apresentar um nível de satisfação menos favorável e os utentes mais velhos uma avaliação mais positiva (Finkelstein, 1998, cited in Barr & Bank, 2002, p. 2). Apontam também para que o género feminino esteja mais apto a criticar os serviços, sendo assim útil envolvê-las em investigações deste âmbito (Finkelstein, 1998, cited in Barr & Bank, 2002, p. 2), sendo que as mulheres tendem a reclamar mais frequentemente do que os homens (Richwhite 1983, Allsop, May & Coyle, 1994; Mulcahy & Lloyd-Bostock 1994; Mulcahy, Allsop & Shirley, 1996; cited in Coyle, 1999, p. 724).

Análise de outros resultados

Dos sujeitos que nunca recorreram (53,9%) a esta especialidade, mais de um quarto (28,5%) admite já ter sentido necessidade em recorrer, enquanto 46,1% recorreu efetivamente aos serviços de Psicologia ou Psicoterapia em Portugal. Verifica-se assim, um aumento considerável na adesão a esta ciência, pois recorde-se que no estudo de Seligman (1995), apenas 37% dos sujeitos admitem ter recorrido a esta especialidade, enquanto que no estudo que se replicou em Portugal há uns anos atrás (cited in Vasco, Santos & Silva, 2003) somente 14,9% dos sujeitos admitem ter recorrido.

Três dos participantes neste estudo, nas suas considerações livres, levantam duas questões pertinentes que refletem as preocupações desta investigação: (i) muitas vezes o utente não sabe o que é ou em que é que a Psicologia ou Psicoterapia o pode ajudar, e pode-se e deve-se trabalhar neste sentido, informar mais e melhor; e (ii) a condição financeira não devia ser impeditiva no acesso a esta especialidade, como não o é em outras, na proporção adequada (procura/oferta), pois o SNS beneficiaria com uma “população mais saudável e menos custos nos medicamentos” (participante anónima). Pois é possível pagar a intervenção psicológica e ainda obter ganhos (Layard, 2006), ao nível de custos diretos (*e.g.*: consultas e medicação) e indiretos (*e.g.*: aumento da produtividade, redução de absentismo e dos encargos do estado com benefícios fiscais associados à doença), resultando num ganho a curto e médio prazo (Carlson & Bultz, 2003; Hunsley, 2002b).

Conclusão

Reflexão Final

Limitações e sugestões para próximas investigações

Na literatura encontram-se diversas definições que determinam as dimensões que estão subjacentes ao conceito satisfação, criando assim alguns problemas de conceptualização e de metodologia (Lin, 1996, cited in Gerkenmeyer & Austin, 2005, p. 62). Por outro lado, há poucos estudos que permitam concluir o que se pode considerar uma intervenção satisfatória para um utente (Lebow, 1982), em especial para a realidade portuguesa, o que poderá ser uma temática interessante para uma próxima investigação.

Encontram-se muitos autores que afirmam que os instrumentos já criados para avaliar este conceito apresentam muitas limitações (McMahon, Forehand, Young, Nicholson & Davis, 1983, cited in Gerkenmeyer & Austin, 2005, p. 62), por este motivo optou-se pela criação de um instrumento adequado à realidade portuguesa, mas revelou-se um trabalho complicado de compilar pela dificuldade em encontrar artigos disponíveis livremente.

Recorde-se que, neste estudo encontram-se sujeitos que ainda se encontram em intervenção, o que para a avaliação pode ser útil na medida em que as perceções sobre o serviço prestado estão muito mais presentes, por outro lado os sujeitos podem sentir-se relutantes em fornecer toda a informação, ainda que esta seja confidencial, com receio de comprometer os cuidados de saúde (Gowers & Kushlick, 1991, cited in Stallard, 1996, pp. 333-348), especialmente os sujeitos que participaram no local em que efetuavam a terapia (*e.g.*: Centro de Saúde de Lisboa). Encontram-se também sujeitos que já terminaram a intervenção, aumentando a probabilidade dos sujeitos esquecerem dados importantes (Carr-Hill, 1992, cited in Stallard, 1996, pp. 333-348) ou terem introduzido alterações nos serviços de cuidados de saúde recebidos (Locker & Dunt, 1978, cited in Stallard, 1996, pp. 333-348). Assim, as possíveis variações que possam existir na avaliação da satisfação, poderão dever-se a diferenças temporais da avaliação e não de perspetivas (Stallard, 1996) ou perceções.

Dez ideias relevantes

Em termos de investigação as duas grandes linhas orientadoras de todo o desenvolvimento deste estudo, era por um lado criar um instrumento válido que avaliasse a satisfação dos utentes do serviço de Psicologia ou Psicoterapia - e aplicá-lo de forma a conhecer a sua avaliação a esta especialidade - e por outro apurar a perceção dos participantes da sua necessidade em recorrer a este serviço. Ambas foram conseguidas e após a análise dos resultados e discussão dos mesmos, resumem-se dez ideias relevantes.

1. Satisfação com o processo, promove satisfação com o resultado: verifica-se a relação indissociável entre aliança terapêutica, competência e empatia do clínico e o resultado da intervenção psicológica ou psicoterapêutica (eficácia e efetividade da intervenção).

2. Satisfação com o resultado promove bem-estar e reduz problemas/sintomas e distress global: verifica-se a importância da relação entre o resultado e o estado psicológico.

3. Insatisfação, promove níveis mais baixos de bem-estar e mais altos de problemas/sintomas e de distress global (mesmo comparativamente às pessoas que precisaram e nunca recorreram) – Satisfação, promove níveis de bem-estar superiores às pessoas que precisaram e nunca recorreram: verifica-se a diferença entre ficar Satisfeito e Insatisfeito, demonstrando a importância da satisfação numa intervenção clínica em saúde mental.

4. O serviço público apresenta níveis mais elevados que o serviço privado na satisfação com o processo.

5. Satisfação com o processo pode depender da duração temporal de cada consulta e Satisfação com o resultado pode depender da duração da intervenção: uma vez que os utentes revelaram satisfação com o serviço que lhes foi prestado, deduz-se que consultas entre 45m e 1h (maior incidência: em 56,9% dos utentes) e intervenções com duração de cerca de seis meses (maior incidência: em 44% dos utentes) possa ser o adequado à maioria das pessoas.

6. Satisfação fomenta recomendação e convida o utente a recorrer ao mesmo serviço, caso necessite, promovendo o êxito da atividade profissional.

7. A avaliação da Satisfação não é influenciada pela idade e género: esta especialidade parece ser medida pelos utentes de forma diferente, comparativamente a outras.

8. A média do nível de satisfação dos utentes de Psicologia ou Psicoterapia em Portugal centra-se no “satisfeito” (nos serviços público e privado).

9. Dos participantes que nunca recorreram a esta especialidade, 28,5% tem a perceção de já ter sentido necessidade em recorrer: deduz-se que 61,4% precisa de aceder aos serviços

de Psicologia ou Psicoterapia em Portugal. Contudo, 46,1 % já recorreu ao serviço, um número superior aos 14,9% registados num estudo realizado em Portugal à uns anos atrás (cited in Vasco, Santos & Silva, 2003): verifica-se a evolução à adesão a esta ciência.

10. Considerações deixadas por três utentes, deram voz às preocupações ideológicas desta investigação. Uma é a de que na realidade, ainda muitas pessoas não sabem em que é que a Psicologia os pode ajudar: ousa-se que este estudo ajude a clarificar. A outra, é a de que Psicologia devia ser disponibilizada pelo SNS numa proporção adequada à procura e à necessidade dos utentes, em que todos beneficiariam: verifica-se que 28,5% da população precisa de recorrer e não o fez (reflete a procura) - e quem o fez no serviço público, sentiu-se satisfeito (justifica o serviço que tem vindo a ser prestado) dois motivos que a somar à relação custo-benefício da intervenção psicológica fundamentam o aumento da oferta no SNS.

Reflexões finais

Esta investigação, revelou-se não só um trabalho desafiante como extremamente gratificante pelos resultados estatísticos obtidos e pela utilidade na prática clínica (individual e organizacional), no que concerne à saúde mental, beneficiando a pesquisa científica.

Este estudo cumpriu os objetivos a que se propôs. A criação e desenvolvimento do ASPP, do ICCPP e a sua aplicação em conjunto com o CORE-OM (tríade instrumental), revelaram-se um instrumento válido e fidedigno. Oferece informação para impulsionar e servir diversos temas de investigação. As Organizações, Psicólogos e Psicoterapeutas, podem usá-lo como meio de avaliação da qualidade de um serviço, de desempenho do clínico ou para medir a satisfação do utente com a intervenção e tirar ilações que ajudem a atingir o sucesso terapêutico. E ainda, possibilita demonstrar estatisticamente que a Psicologia e a Psicoterapia funcionam, evidenciando o impacto que a satisfação do utente tem, não só no próprio, como no êxito do serviço, pois para além de voltar a utilizar o mesmo serviço, caso necessite, recomenda a familiares e amigos.

Em conformidade com a literatura, este estudo confirmou a importância da satisfação com o processo na intervenção psicológica ou psicoterapêutica. É no processo que está implícita a aliança terapêutica, uma das medidas de eficácia relacionadas com a satisfação de maior interesse, destacando-se na avaliação da satisfação com os mais diversos serviços de cuidados de saúde (Kim, Kim & Boren, 2008). É efetivamente uma dimensão transversal aos diversos modelos de psicoterapia e responsável por grande parte do sucesso da intervenção

(Lambert & Barkley, 2002, cited in Quirk et al., 2007, p. 96). Assim, com uma nova oportunidade de investigação, como a amostra utilizada neste estudo não é representativa da população no total, seria interessante fazer um estudo representativo da população com uma amostragem probabilística e depois: (i) incluir no ICCPP itens que permitissem conhecer o(s) motivo(s) que levam um sujeito a não recorrer a um Psicólogo ou Psicoterapeuta quando sente necessidade de o fazer; e (ii) construir um quarto instrumento de caracterização do psicólogo, direcionando o foco para um conhecimento efetivo da dimensão processo (onde recaiu a satisfação dos utentes do setor público, com significância estatística) podendo distinguir serviço público de privado. O tipo de aliança terapêutica, as competências profissionais e as características idiossincráticas dos clínicos são muito difíceis de mensurar, mas permitiriam conhecer quem são os Psicólogos e Psicoterapeutas que deixam os utentes satisfeitos com a qualidade do serviço e ainda correlacionar essas diferenças com os respetivos setores público e privado. Numa tentativa, ideológica, de traçar mais ou menos um perfil de quem temos, e de quem se pretende ou não ter para um determinado perfil de utente, de forma a servir melhor, mais adequadamente a nossa sociedade, garantindo um nível de satisfação elevado aos utentes que procuram este serviço de saúde, ajustando assim a oferta à procura e garantindo o sucesso clínico, de ambos os serviços público e privado.

Referências Bibliográficas

- Alves, M. (2007). *O serviço de atendimento permanente – satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. ICBAS - Porto
- Anderson, E. W., Fornell, C., & Lehmann, D. R. (1992). *Perceived quality, customer satisfaction, market share, and profitability*. Working Paper, NQRC (National Quality Research Center): The University of Michigan
- Andrade, LH, Wang, Y-P, Andreoni, S., Silveira, CM, Alexandrino-Silva, C., Siu, ER., Nishimura, R., Anthony, JC., Gattaz, WF., Kessler, RC., & Viana, MC. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. PLoS ONE 7(2): e31879. doi:10.1371/journal.pone.0031879
- Ankuta, G. Y., & Abeles, N. (1993). Client satisfaction, clinical significance, and meaningful change in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 70-74
- Baker R. (1990). Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice *British Journal of General Practice*, 40, 487-490.
- Barr, J., & Banks, S. (2002). *Public Reporting of Hospital Patient Satisfaction: A Review of Survey Methods and Statistical Approaches*. 24. Middletown, Connecticut: Qualidigm: Prepared for the Rhode Island Department of Health, Health Quality Performance Measurement and Reporting Program.
- Bell, J. (1993). Revisão Científica de José Machado Pais. *Como realizar um projeto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva.
- Bickman, L., Rosof-Williams, J. Salzer, M. S., Summerfelt, T., Noser, K., Wilson, S. J., & Karver, M. S. (2000). What information of clinicians' value for monitoring adolescent client progress and outcomes? *Professional Psychology: Research and practice*, 31(1), 70-74
- Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon
- Brandley, D., Trainor, M., & Thomas, M. (1999). *Consumer and provider views on key dimensions of quality hospital care: a review of the literature*, Rhode Island Department of Health
- Buckley, V.J., Newman, D.W., Kellett, S., & Beail, N. (2006). A naturalistic comparison of effectiveness of trainee and qualified therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79 (1), 137-144
- Carlson, L., & Bultz, B. (2003). Benefits of Psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1.

- Charman D. (2003). Paradigms in current psychotherapy research: a critique and the case for evidence-based psychodynamic psychotherapy research. *Australian Psychologist*, 38 (1), 39-45
- Chattor, I., & Krupnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 (Suppl. 1), S19-S25
- Cleary, P. D., & Edgman-Levitan S. (1997). Health Care Quality: Incorporating Consumer. *Perspectives JAMA*, 278 (19)
- Cleary, P.D., & McNeil, B. J. (1988). *Patient satisfaction as an indicator of quality care*. Inquiry. Chicago. 25 (21), 25-36
- Conner, M., & Norman, P. (1995). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with social cognition models*. Open University Press
- Coyle, J. (1999). Understanding dissatisfied users: developing a framework for comprehending criticisms of health care work. *Journal of Advanced Nursing*. 30 (3), 723-731.
- Dinsdale, G.B., Manson, D.B., Schemidt, F., & Strickland T. (2000). *Metodologia para medir a satisfação do utente no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros*. Brasília, ENAP, N.º 20
- Donabedian, A. (1994). A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, Qualitymark
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, v. 114, n. 11, p.1115-1118
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748
- Donabedian, A. (1983). *The quality of care in a health maintenance organization: a personal view*. Inquiry, Chicago, 20, 3, 218-222
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1969). *A Guide for Medical Care Administration. Volume II: Medical Care Appraisal – Quality and Utilization*. New York, The American Public Association.
- Donabedian, A. (1966). Evaluation the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166.

Elbeck, M., & Fecteau, G. (1990). Improving the validity of measure of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 998-1001

Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Pilkonis, P.A., & Hedeker, D. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 841-847

Esperidião, M.; Trad. Bomfim, L. (2006). *Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 22, (6), 1267-1276

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Marshall, C., & Mellor-Clark, J. (2003). Practice-based evidence: benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 374-388

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM (2002). *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60

Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., McGrath, G., Connell, J., & Audin, K. (2000). Clinical Outcomes in Routine Evaluation: The CORE-OM. *Journal of Mental Health*, 9 (3), 247-255

Ferreira, P.L., Afonso, P. B., Raposo, V., & Godinho, P. (2003). *Satisfação dos Portugueses com os cuidados de saúde Privados*. Instituto do Consumidor. Coimbra.

Ferreira P.L. (2000). Avaliação dos doentes de cuidados primários: enquadramento conceptual. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 16, 53-62

Ferreira, P.L. (1991). 1.º Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: Saber e Imaginar o Social. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 2 (33), 93-112

Fitzpatrick, R. (1993). Scope and Measurement of Patient's Satisfaction. In R. Fitzpatrick & A. Hopkins (Eds.), *Measurement of Patient's Satisfaction With Their Care* (pp. 1-17), London: Royal College of Physicians of London.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência

Fortuna A.M., Amado J., Mota C., Lima M.R., & Pinto M. (2001). Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico pré-natal do Instituto de Genética Médica / Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. *Avaliação da Qualidade*, 19 (2), 55-80

Foster, S. L., & Mash, E.J. (1999). Assessing social validity in clinical treatment research: Issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 308-319

Franco, M., & Florentim, R. (2006). A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (1), 21-35.

Furtado C., Ribeirinho M., & Gaspar, M. (2010). *Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009*. Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde Direcção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde

Gerkenmeyer, J.E., & Austin, J. K. (2005). Development and testing of a scale measuring parent satisfaction with staff interactions. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(1), 61-73

Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 8-19.

Goldfried, M., & Wolfe, B.E. (1996). Psychotherapy practice and research: repairing a strained alliance. *American Psychologist*, 51 (10), 1007-1016

Hall, T., & Dornan, M. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta analysis. *Soc Sci Med*, 30, 811-818.

Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 117-128

Hjortdahl P., & Laerum, E. (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BJM* 304: 1287-1290

Horne R., Hankins M., & Jenkins, R. (2001). The satisfaction with information about Medicines Scale: a new measurement tool for audit and research. *Quality Health Care*, 10(3), 135-140

Husley, J. (2002a). Cost-effectiveness of Psychological Treatment. British Columbia Psychological Association.

Husley, J. (2002b). The Cost-effectiveness of Psychological Interventions. Canadian Psychological Association: Ontario.

Jacobs, C.M., Christoffel, T.H., & Dixon, N. (1976). Measuring the Quality of Patient Care: The Rationale for Outcome Audit. Cambridge, MA: Ballinger

Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B., & McGlinchey, J.B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307

Johnson, M.D., & Fornell, C.A. (1991). Framework for comparing customer satisfaction across individuals and product categories. *Journal of Economic Psychology*, 12 (2), 267-286

- Jung, S., Nunes, M., & Eizirik, C. (2007). Avaliação de resultado da psicoterapia psicanalítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (2), 184-196
- Kazdin, A.E. (2005). Evidence-based assessment for children and adolescents: Issues in measurement development and clinical application. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 548-558
- Kazdin, A.E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(2), 53-59
- Kazdin, A.E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Special Section: Clinical Significance 67(3), 332-339.
- Kendall, P.C., Marrs-Garcia, A., Nath, S.R., & Sheldrick, R.C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 285-299.
- Khang, Y., Lynch, J., & Kaplan, A (2005). Impact of economic crisis on cause-specific mortality in south korea. *International Journal of Epidemiology*, 34 (6), 1291-1301.
- Kim, S.C., Kim, S., & Boren D. (2008). The quality of therapeutic alliance between patient and provider predicts general satisfaction. *Military Medicine*, 173, 85-90
- King, G., Cathers., T., King, S., & Rosenbaum, P. (2001). Major elements of parents' satisfaction and dissatisfaction with pediatric rehabilitation services. *Children's Health Care*, 30(2), 111-134.
- Kotaka, F., Pacheco, M. L., & Higaki, Y. (1997). Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar do Estado de São Paulo, Brasil, *Revista de Saúde Pública*, 31 (2), 171-177
- Laffel, G., & Berwick, DM. (1992). Quality in Health Care. *JAMA*, 268 (3)
- Larsson, B., & Larsson, G. (2009). Patient's views on quality of care and attitudes towards re-visiting providers. *Intern. Journal of Health Care Quality Assur.* 22 (6), 600-611.
- Layard R. (2006). LSE Depression Report urges choice of psychological therapy for all Mental Health Policy Group of the Centre of Economic Performance (CPE) at LSE
- Layard, D. (2005). Mental Health: Britain's Biggest Social Problem? Paper presented at the n.º 10 Strategy Unit Seminar on Mental Health on 20th January 2005
- Lebow, J. (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin*, 91, 244-259

- Lee, M. A., & Yom, Y-H. (2006). A Comparative study of patients and nurses perception of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Lda, 1-11
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*. 16, (5), 577-582
- Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L.M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAq-II): psychometric properties. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*; 6 (3), 260–271.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky L. (1975). Comparative studies of Psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32 (8), 995-1008
- Lunnen, K.M., Ogles, B.M., & Pappas. L.N. (2008). A multiperspective comparison of satisfaction, symptomatic change, perceived change, and end-point functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39 (2), 145 – 152
- Lyne, K., Barrett, P., Evans, C., & Barkham, M. (2006). Dimension of variation on the CORE-OM. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 185-203.
- Magnusson, M., Garrett, M.J., & Sundelin, C. (2000). Impact of Child health centre organization on parental satisfaction. *Scand J Caring Sci*, 14, 232-238
- Marques, T. (2010). Da qualidade à satisfação do utente. *Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro*.
- Marteu, T. M. (1990). Attitudes towards doctors and medicine: The preliminary development of a new scale. *Psychology and Health*, 4, 351-356
- Martins J. (2009). Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização da EORTC IN-PATSAT 32 na população portuguesa. *Revista Referência IIª Série*, 9, 41-49.
- McIntyre, T., Pereira, M.G., Silva, N.S., Fernandes, S., & Correia, M.J. (1999). *Manual do Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente*. Porto. Administração Regional de Saúde-Norte.
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente certezas e incógnitas*. 1.^a ed. Loures: Lusociência
- Mendonça KMPP, Guerra RO (2007). Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (5), 369-376.

Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Edições Manole Lda

Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2012. *Crise & Saúde - um país em sofrimento: Relatório da Primavera 2012*. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde

Organização Mundial da Saúde (OMS), 2002. *Saúde Mental: nova conceção, nova esperança: Relatório Mundial de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Ovretveit J. (1992). *Health Services Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services*. Blackwell Science

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (2), 12-40

Pascoe, G.C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation Program Planning*, 6 (3), 185-210.

Paúl, C., Martin, I., & Roseira, L.(1999). *Continuidade e Saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto: Editora Afrontamento.

Pereira, M.G., Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 69-80

Pimentel, H. (2010). Avaliação da Satisfação dos utentes em relação aos Centros de Saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores. *Dissertação para obtenção do grau de mestre em Ciências Económicas e Empresariais da Universidade dos Açores*.

Pisco, L. (2001). Perspectivas sobre a qualidade na saúde. *Qualidade em Saúde*. Lisboa: Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde Nº. 5, 4-6

Quirk, M.P., Erdberg, P., Crosier, M., & Steinfeld, B. (2007). Personality assessment in today's health care environment: therapeutic alliance and patient satisfaction. *Journal of Personality Assessment*, 89 (2), 95-104

Ramirez-Sanchez, T.J., Nájera-Aguilar, P., & Nigenda-Lopes, G. (1998). Percepcion de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 40, 3-12

Rashid, A., Forman, W., Jagger, C., & Mann, R. (1989). Consultation in General Practice: a comparison of patients and doctors satisfaction. *BJM*, 299, 1015-6

Rethans, J., Westin, S., & Hays, R. (1996). Methods for Quality Assessment in General Practice. *Family Practice*, 13 (5), 468-76

Rey, J.M., Plapp, J.M., & Simpson, P.L. (1999). Parental Satisfaction and outcome: a 4-year study in a child and adolescent mental health service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 22-28

Ribeiro, A.L. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para professor Coordenador na área científica de ciências de enfermagem. Porto

Riley, S.E., Stromberg, A.J., & Clark, J. (2005). Assessing parental satisfaction with children's mental health services with the youth services survey for families. *Journal of Child and family Studies*, 14 (1), 87-99

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

Santos, M.R.S. (1993). Avaliação da qualidade na perspetiva do utente: importância dos aspetos não técnicos da prestação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11 (4) 29-46

Sales, C., Moleiro, C., Evans C., & Alves, P. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39 (2). São Paulo

Sales, C., Moleiro, C., Gonçalves, S., Silva, I., Duarte, J., & Evans, C. (2008). *Translation of the CORE-OM into Portuguese and initial data on its use in Portugal*. Comunicação apresentada na 39th SPR International Meeting, Barcelona, Espanha.

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50 (12), 965-974

Sepúlveda, M. (1998). A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na SãVida, Medicina Apoiada, S.A. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 16 (4), 33-39.

Serralta, F.B., Nunes, M.L. T., & Eizirik, C.L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (1), 44-55

Silverman, G. (2001). *A Secrets of Word of Mouth Marketing*. Nova Iorque: Editora Amacom

Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 45 (12): 1829-1843

Soares, L., Botella, L., & Corbella, S. (2010). The Co-constructed therapy alliance and the technical and tactical quality of the therapist interventions in psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 12 (2), 173-187

Sofaer, S., & Firminger, K. (2005), Perceptions of the quality of health services, *Annual Review of Public Health*, 26 (1), 513-59.

Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias. Possíveis contributos da perspectiva fenomenológica existencial. *Análise Psicológica*, 3 (xxiv), 373-382.

Stallard, P. (1996). The role and use of consumer satisfaction surveys in mental health services. *Journal of Mental Health*, 5 (4), 333-348

Stallard, P., Hudson, J., & Davis, B. (1992). Consumer evaluation in practice. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2, 291-295

Strupp, H.H., Fox, R.E., & Lessler, K. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

Swan, J. (1985). Deepening the understanding of hospitals patient satisfaction: fulfilment and equity effects. *Journal Health Care Mark*, 5, 7-18

Turris, S.A. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *J. Adv Nurs*, (50), 293-298.

Vaitsman, J., & Andrade, G. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3), 599-613

Vasco, A.B., Santos O., & Silva, F. (2003). Psicoterapia Sim!: Eficácia, Efectividade e Psicoterapeutas (em Portugal). *Psicologia*, 17 (2), 485-495.

Verma, D., & Sobti, R. (2002). Patients Perception of Medical Services. *Journal of Services Research*, 2 (1), 123-135

Vinagre, M., & Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21 (1), 87-108

Vuori, H. (1987). Patient Satisfaction: An attribute or indicator of the quality of care? *QRB*. 107-108

Ware, J.E., & Hays, R.D. (1988). Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical Care*, 26, 393-402

Ware, J.E., Snyder, M. K., & Wright, W.R. (1976a). *Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services. Vol. I, Part A: Review of Literature, Overview of Methods, and Results Regarding Construction of Scales*. (NTIS Publ. No. PB 288-329) Springfield, VA, National Technical Information Service.

Ware, J.E., Snyder, M.K., & Wright, W.R. (1976b). *Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services. Vol. I, Part B: Results Regarding*

Scales Constructed from the Patient Satisfaction Questionnaire and Measure of Other Health Care Perceptions. (NTIS Publ. No. PB 288-330) Springfield, VA, National Technical Information Service

Westaway, M. S., Rheeder, P., Van Zyl, D. G., & Seager, J. R. (2003). Interpersonal and Organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (4), 337- 344

Anexo A

Avaliação das Necessidades e Satisfação dos utentes, clientes ou pacientes de Psicologia/Psicoterapia
Agradecia que preenchesse por favor os dados solicitados, de forma a poder descrever a população que participou neste estudo.

1 Idade: _____	2 Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Se já recorreu a consulta(s) de Psicologia/Psicoterapia, responda por favor referente à última vez:		16 Estava a tomar medicação para o seu problema? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
3 Habilidades Literárias: escolaridade primária <input type="checkbox"/> escolaridade obrigatória <input type="checkbox"/> ensino secundário <input type="checkbox"/> ensino superior <input type="checkbox"/>		11 Recorreu ao Serviço público <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/>		17 Qual a periodicidade da(s) consulta(s)? mensal <input type="checkbox"/> quinzenal <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana ou mais <input type="checkbox"/>
4 Situação Profissional: empregado/a <input type="checkbox"/> desempregado/a <input type="checkbox"/> estudante <input type="checkbox"/> trabalhador/estudante <input type="checkbox"/> reformado/a <input type="checkbox"/>		12 Tipo de Terapia individual <input type="checkbox"/> grupo <input type="checkbox"/> casal <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> outra (_____) <input type="checkbox"/> não sei <input type="checkbox"/>		18 Qual a duração da consulta? até 45 minutos <input type="checkbox"/> de 45 minutos a 60 minutos <input type="checkbox"/> mais de 1 hora <input type="checkbox"/>
5 Estado Civil: casado/a ou união de facto <input type="checkbox"/> tem uma relação <input type="checkbox"/> solteiro/a <input type="checkbox"/> divorciado/a ou separado/a <input type="checkbox"/> viúvo/a <input type="checkbox"/>		13 Tipo de Abordagem psicanalítica/dinâmica <input type="checkbox"/> cognitiva <input type="checkbox"/> comportamental <input type="checkbox"/> cognitivo-comportamental <input type="checkbox"/> breve <input type="checkbox"/> ecclética <input type="checkbox"/> gestalt <input type="checkbox"/> existencial <input type="checkbox"/> outra (_____) <input type="checkbox"/> não sei <input type="checkbox"/>		19 Recomendaria a familiares ou amigos o mesmo serviço? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
6 Se tem filhos. Quantos? _____		14 Tipo de encaminhamento por sua iniciativa <input type="checkbox"/> por conselho de familiar ou amigo <input type="checkbox"/> por indicação médica <input type="checkbox"/>		Se ainda frequente, passe por favor para a próxima página.
7 Tem alguma doença diagnosticada? nenhuma <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> psicológica <input type="checkbox"/> física/psicológica <input type="checkbox"/>		15 Motivo da consulta sintomas e sofrimento psicológico <input type="checkbox"/> conflitos familiares <input type="checkbox"/> conflitos entre casal <input type="checkbox"/> conflitos profissionais <input type="checkbox"/> doença crónica psiquiátrica <input type="checkbox"/> doença crónica física <input type="checkbox"/> desenvolvimento pessoal/profissional <input type="checkbox"/> outra (_____) <input type="checkbox"/>		20 Se já terminou, durante quanto tempo foi às consultas? menos 6 meses <input type="checkbox"/> até 12 meses <input type="checkbox"/> até 18 meses <input type="checkbox"/> mais de 18 meses <input type="checkbox"/>
8 Frequenta neste momento consultas de psicologia ou psicoterapia? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>				21 Deixou de ir à consulta porque decidiu terminar <input type="checkbox"/> o psicólogo sugeriu que terminasse <input type="checkbox"/>
9 Quantas vezes já recorreu a um acompanhamento regular de mais de 4 consultas? _____				22 O motivo para deixar de ir à consulta? conseguiu resolver o problema <input type="checkbox"/> sentiu que melhorou <input type="checkbox"/> sentiu que não havia melhoras <input type="checkbox"/> sentiu que estava a piorar <input type="checkbox"/> por falta de tempo <input type="checkbox"/> por questões económicas <input type="checkbox"/> outro (_____) <input type="checkbox"/>
10 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Se nunca recorreu a um serviço de psicologia/psicoterapia alguma vez sentiu necessidade de o fazer? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> passe por favor para a próxima página.</div>				23 Se necessitasse, recorreria novamente ao mesmo serviço? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>

Anexo B

Avaliação das Necessidades e Satisfação dos utentes, clientes ou pacientes de Psicologia/Psicoterapia

Este questionário pretende saber como se sentiu durante a última semana. Leia, por favor, cada afirmação e pense quantas vezes se sentiu assim e depois marque a resposta que mais se aproxima da forma como se sentiu.

	nunca	raramente	às vezes	muitas vezes	sempre, quase sempre
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					






Se NUNCA RECORREU ao serviço de psicologia/psicoterapia a sua prestação acaba aqui.

Agradecemos a sua colaboração. Se desejar referir algum aspeto que não tenha sido abordado, utilize por favor este espaço:

Anexo C

Avaliação da Satisfação dos utentes, clientes ou pacientes de Psicologia/Psicoterapia

As 18 frases que se seguem referem-se à última vez que recorreu a consulta(s) de Psicologia/Psicoterapia e pedimos-lhe por favor que assinale com uma cruz (X) no sentimento que melhor o descreve: desde muito insatisfeito(a) a muito satisfeito (a).

Relativamente,					
	muito insatisfeito/a	insatisfeito/a	indiferente	satisfeito/a	muito satisfeito/a
1 às informações fornecidas num primeiro contato com o Psicólogo/Psicoterapeuta					
2 ao número total das consultas					
3 ao intervalo de tempo entre as consultas					
4 à duração de tempo de cada consulta					
5 às condições gerais do gabinete (aspecto, conforto, privacidade)					
6 à pontualidade e assiduidade do Psicólogo/Psicoterapeuta					
7 ao apoio que o Psicólogo/Psicoterapeuta lhe deu					
8 à compreensão demonstrada pelo Psicólogo/Psicoterapeuta acerca das suas preocupações					
9 ao interesse demonstrado pelo Psicólogo/Psicoterapeuta pelos seus problemas					
10 à linguagem utilizada pelo Psicólogo/Psicoterapeuta					
11 à intervenção e estratégias adoptadas pelo Psicólogo/Psicoterapeuta					
12 à competência e à preparação do Psicólogo/Psicoterapeuta					
13 ao desfecho do problema que o/a fez procurar a(s) consulta(s) de psicologia/psicoterapia					
14 ao desenlace de outros problemas que foram surgindo no decorrer do processo					
15 às mudanças na sua vida influenciadas pela(s) consulta(s) de psicologia/psicoterapia					
16 aos progressos que foi sentindo ao longo do processo					
17 à sua forma de lidar com os problemas e as preocupações do dia-a-dia					
18 a aspectos da sua vida que não foram focados nas consultas de psicologia/psicoterapia					

Se RECORREU ao serviço de psicologia/psicoterapia a sua prestação acaba aqui.

Agradecemos a sua colaboração. Se desejar referir algum aspeto que não tenha sido abordado, utilize por favor este espaço:

Anexo D

Caros Amigos e Conhecidos,

No âmbito de uma investigação académica em Ciências Psicológicas no ISPA-IU, peço a Vossa participação no preenchimento de um questionário que não ocupará mais de 10 minutos do Vosso tempo. Visa avaliar as necessidades da população e a satisfação dos utentes, clientes ou pacientes, respeitante a serviços de Psicologia Clínica e Psicoterapia no nosso país.

Este estudo é dirigido a Todos os que nele quiserem participar. Desde os mais novos aos mais velhos e mesmo que nunca tenham ido a uma consulta de psicologia ou psicoterapia.

Junto o questionário em anexo em ficheiro word e excel e poderão escolher o que preferirem trabalhar. Após preenchimento, poderão gravá-lo no desktop (ambiente de trabalho) e enviá-lo através de um email que criei para o efeito e assim não terão que usar o vosso email pessoal, como forma de garantir a confidencialidade.

Basta abrirem este email (questionario2012@hotmail.com) no hotmail (com a password: ispa2012) e anexam o questionário preenchido que gravaram no desktop (ambiente de trabalho) e enviam-no para o meu email pessoal (louisemiranda@hotmail.com).

email: questionario2012@hotmail.com

pass: ispa2012

Qualquer dúvida, estou completamente ao dispor.

A Vossa participação é preciosa e imprescindível para a elaboração deste estudo científico, pelo que agradeço antecipadamente a atenção e disponibilidade concedida.

Um abraço
Luísa Miranda

Anexo E

Exmo(a) Senhor(a),

No âmbito de uma investigação académica em Ciências Psicológicas no ISPA-IU, peço a sua participação no preenchimento deste questionário, que visa avaliar as necessidades da população e a satisfação dos utentes, clientes ou pacientes, respeitante a serviços de Psicologia Clínica e Psicoterapia no nosso país. Este questionário é estritamente confidencial, pelo que não coloque o seu nome em parte alguma. A sua participação é preciosa e imprescindível para a elaboração deste estudo científico, pelo que agradeço antecipadamente a atenção concedida.

Luísa Miranda

Anexo F

Tabela 10

**Alpha de Cronbach's Vs Correlação dos itens referente à dimensão “satisfação com os resultados”
(fator 1)**

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ASPP_13	19,10	13,866	,666	,890
ASPP_14	19,08	13,602	,736	,878
ASPP_15	18,93	13,778	,813	,867
ASPP_16	18,89	14,080	,800	,870
ASPP_17	19,08	13,931	,751	,876
ASPP_18	19,31	14,751	,600	,898

Anexo G

Tabela 12

Alpha de Cronbach's Vs Correlação dos itens referente à dimensão “satisfação com o processo” (fator 2)

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ASPP_7	21,50	12,273	,845	,935
ASPP_8	21,41	12,285	,882	,931
ASPP_9	21,39	12,665	,849	,935
ASPP_10	21,37	13,246	,814	,940
ASPP_11	21,65	11,987	,809	,941
ASPP_12	21,48	12,252	,842	,936

Anexo H

Tabela 14

Alpha de Cronbach's Vs Correlação dos itens referente à dimensão “satisfação com a estrutura” (fator 3)

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ASPP_1	20,14	8,930	,673	,704
ASPP_2	20,36	8,798	,549	,733
ASPP_3	20,34	9,095	,604	,720
ASPP_4	20,28	8,628	,583	,724
ASPP_5	20,31	10,479	,288	,796
ASPP_6	20,07	10,066	,456	,756

Anexo I

Tabela 25

Correlação entre os resultados da avaliação da Satisfação e a Idade

		Correlations				
		Idade	Satisfação Global	Satisfação Estrutura	Satisfação Processo	Satisfação Resultados
Idade	Pearson Correlation	1	-,024	,040	-,028	-,065
	Sig. (2-tailed)		,809	,690	,776	,515
	N	228	102	102	102	102
Satisfação Global	Pearson Correlation	-,024	1	,833**	,912**	,883**
	Sig. (2-tailed)	,809		,000	,000	,000
	N	102	102	102	102	102
Satisfação Estrutura	Pearson Correlation	,040	,833**	1	,670**	,572**
	Sig. (2-tailed)	,690	,000		,000	,000
	N	102	102	102	102	102
Satisfação Processo	Pearson Correlation	-,028	,912**	,670**	1	,716**
	Sig. (2-tailed)	,776	,000	,000		,000
	N	102	102	102	102	102
Satisfação Resultados	Pearson Correlation	-,065	,883**	,572**	,716**	1
	Sig. (2-tailed)	,515	,000	,000	,000	
	N	102	102	102	102	102

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo J

Tabela 26

Média dos Gêneros nas escalas da Satisfação

		Descriptives							
Gênero		N	Mean	Std.	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
				Deviation		Lower Bound	Upper Bound		
Satisfação Global	feminino	76	4,0993	,59012	,06769	3,9644	4,2341	1,89	5,00
	masculino	26	3,9133	,58559	,11484	3,6767	4,1498	2,44	4,83
	Total	102	4,0519	,59170	,05859	3,9357	4,1681	1,89	5,00
Satisfação Estrutura	feminino	76	4,1092	,58367	,06695	3,9758	4,2426	2,83	5,00
	masculino	26	3,8577	,59018	,11574	3,6193	4,0961	2,50	4,83
	Total	102	4,0451	,59273	,05869	3,9287	4,1615	2,50	5,00
Satisfação Processo	feminino	76	4,3465	,66709	,07652	4,1941	4,4989	1,83	5,00
	masculino	26	4,1538	,78163	,15329	3,8381	4,4696	2,00	5,00
	Total	102	4,2974	,69914	,06922	4,1601	4,4347	1,83	5,00
Satisfação Resultados	feminino	76	3,8404	,76141	,08734	3,6664	4,0143	1,00	5,00
	masculino	26	3,7231	,63040	,12363	3,4685	3,9777	2,00	5,00
	Total	102	3,8105	,72905	,07219	3,6673	3,9537	1,00	5,00

Anexo K

Tabela 27

Teste da Homogeneidade

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Satisfação Global	,022	1	100	,883
Satisfação Estrutura	,054	1	100	,816
Satisfação Processo	,714	1	100	,400
Satisfação Resultados	1,480	1	100	,227

Anexo L

Tabela 28

ANOVA de diferenças de médias entre grupos (feminino e masculino)

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Satisfação Global	Between Groups	,670	1	,670	1,932	,168
	Within Groups	34,691	100	,347		
	Total	35,361	101			
Satisfação Estrutura	Between Groups	1,226	1	1,226	3,577	,061
	Within Groups	34,258	100	,343		
	Total	35,484	101			
Satisfação Processo	Between Groups	,719	1	,719	1,478	,227
	Within Groups	48,649	100	,486		
	Total	49,368	101			
Satisfação Resultados	Between Groups	,266	1	,266	,499	,482
	Within Groups	53,416	100	,534		
	Total	53,682	101			